PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

REDAKTOR GŁÓWNY i ODPOWIEDZIALNY:

Prof. Dr. Leon BLUMENSTOK.

Rok XXII. — 1883.

Kraków.
NAKŁADEM TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO,
w Drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla.
1883.

SPIS RZECZY

zawartych w Tomie XXII. „Przeglądu Lekarskiego".

(Liczby oznaczają strony).

III. Odcinek.

IV. Piśmiennictwo lekarskie.

V. Sprawozdania z posiedzeń Towarzystw.

VI. Sprawozdania.

VII. Wiadomości pomniejsze.

VIII. Nekrologija.

IX.

Spis Autorów prac oryginalnych i rozbiorów krytycznych.

Spis Autorów, z których prac podano oceny i sprawozdania.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ „ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 6. stycznia 1883. **№ 1.** Rok XXII.

I. Z kliniki chirurgicznéj prof. Dra Mikulicza w Krakowie.

Przyczynki do Chirurgii.

I.
Uwagi wstępne.
Napisał prof. Dr. Mikulicz.

Pod tym napisem zamierzam zdawać w Przegl. Lek. od czasu do czasu sprawę tak z poszczególnych, jako też z większych szeregów przypadków w klinice leczonych. Aby uniknąć późniejszych powtarzań, poprzedzam sprawozdania kilku ogólnemi uwagami, dotyczącemi obecnego urządzenia naszéj kliniki, jak też sposobu, który w leczeniu ran stosuję.

Kto raz tylko widział klinikę naszą, musiał nabrać przekonania, że nietylko jako zakład naukowy ale i jako zakład dla chorych nie odpowiada ona nawet najskromniejszym wymaganiom; to też dłuższe zabawienie przy przedmiocie, który tylko do ganienia wyzywa, nie może sprawiać przyjemności. Z téj saméj zapewne przyczyny czcigodny mój kolega docent Dr. A. Obaliński[1]) nie umieścił na czele swego sprawozdania z kliniki chirurgicznéj z roku zeszłego opisu szczegółowego stosunków istniejących w tutejszéj klinice chirurgicznéj.

Dla czytelnika, któremu te stosunki są zupełnie obce, kilka słów wystarczy. Klinika chirurgiczna krakowska jest umieszczoną na dole w starym budynku, stojącym na gruncie wilgotnym i posiada 19 łóżek. Ponieważ dyrektor kliniki nie rozporządza tu, tak jak gdzieindziéj, oddziałem rezerwowym, liczba chorych, których przyjąć można, jest bardzo ograniczoną a przypadków przewlekłych wcale prawie przyjmować nie można. W obec tego nie mogę też uczniom przedstawić całego szeregu najważniejszych chorób chirurgicznych. Urządzenie naszéj kliniki jest stare, po większéj części jeszcze takie, jak je ustanowiono w roku 1846. Brak tu prawie wszystkiego, czego domagać się trzeba od każdego szpitalu nowoczesnego a zwłaszcza od każdéj kliniki chirurgicznéj. Przyczyna tego leży po części w zbyt szczupłém uposażeniu kliniki, po części jednak także w tém, że posługa tutejsza nie posiada najmniejszego wykształcenia; w klinice chirurgicznéj pełnią obowiązki dwie posługaczki i jeden posługacz, którzy nie umieją ani czytać ani pisać i którym nie można poruczyć wykonania choćby najmniejszego rękoczynu śród pielęgnowania chorych. Gdy objąłem klinikę chirurgiczną, nie zastałem oprócz narzędzi zakupionych przez docenta Obalińskiego prawie nic takiego, z czegoby jeszcze korzystać można. Przez przerobienie okien i wybudowanie małego amfiteatru w małéj, ciemnéj i niedostatecznie przewietrzanéj sali operacyjnéj starałem się choć w części zadość uczynić warunkom, jakie posiadać powinna każda sala wykładowa chirurgiczna.

Jeżelim się pomimo tych braków nie uląkł wykonania większych operacyj w téj klinice, uczyniłem to pokładając zaufanie w leczeniu ran przeciwgnilném, które nawet wśród najniekorzystniejszych warunków zewnętrznych zapewnia nam bieg pomyślny. Wprawdzie zarówno chirurg kierujący, jak i jego asystenci muszą mieć podwójnie baczne oko na wykonanie wszystkich zasad leczenia ran, ale za to tém większém jest zadowolenie z pomyślnego wyniku. Świetny przykład w tym kierunku dał nam Volkmann, który pierwsze swoje znakomite wyniki osiągnął w niedostatecznie urządzonéj staréj klinice w Hali. Czy się i mnie uda braki kliniki chirurgicznéj uczynić nieszkodliwemi dla moich chorych, o tém pouczyć może tylko doświadczenie po upływie dłuższego czasu. Dotychczasowe wyniki w klinice dodają mi w téj mierze otuchy.

Przechodzę teraz do omówienia szczegółów leczenia ran. Przedewszystkiém wspomnę, że do uśpienia chorych wedle przepisu Billrotha używam mieszaniny chloroformu, eteru

[1]) Zdanie sprawy z ruchu chorych i chorób w klinice chirurgicznéj Uniwersytetu Jagiell. za rok 1881/2 (*Medycyna*, 1882, Nr. 44—50).

i absolutnego wyskoku (w stosunku 4:1:1). Wielu woli czysty chloroform. Mojém zdaniem jest to dla chirurga wprawnego rzeczą obojętną, czy znieczula czystym chloroformem lub mięszaniną Billrotha. Dla stosunków klinicznych jednak, gdzie mniéj wprawni narkotyzują (u nas uczniowie wyłącznie), uważam tę mięszaninę za bezpieczniejszą; wprawdzie znieczulenie chorego nieco się opóźnia, ale za to nie tak łatwo powstaje zamartwica. Z tych samych przyczyn mięszanina ta jest odpowiednią i dla lekarza praktycznego.

Do podwiązywania naczyń używam w zasadzie katguta Listerowskiego. Uważam go za odpowiedniejszy do tego, niż jedwab oczyszczony. Wśród zupełnie prawidłowego gojenia się ran jedwab nie przeszkadza wprawdzie zagojeniu *per primam*, jeżeli jednak z jakiejkolwiek przyczyny przyjdzie do ropienia, to podwiązki jedwabne podtrzymują w głębi rany ropienie często przez kilka tygodni, które ustaje dopiero po odejściu podwiązek. Wyjątek robię tylko tam, gdzie podwiązki mają wytrzymać znaczniejsze napięcie i gdzie krwotokowi następowemu nie można zapobiedz przez opatrunek uciskowy, mianowicie przy wszystkich podwiązkach *en masse* a zwłaszcza wśród laparotomii, wycięcia macicy przez pochwę i podobnych operacyj. W tych razach używam tylko mocnego jedwabiu, który według Czernego należy co najmniéj przez godzinę gotować w 10% kwasie karbolowym, a następnie przechować w 5% rozczynie tegoż.

Tego samego materyjału używałem początkowo prawie wyłącznie i do szwów. W ostatnim czasie zespajając brzegi ran postępuję w sposób następujący. Jeżeli napięcie jest znaczniejsze, lub jeżeli większe powierzchnie rany mają do siebie przylegać, zakładam naprzód kilka szwów płytkowych. Przy plastycznych operacyjach na twarzy odpowiada temu samemu celowi szew szpilkowy. Potém zakładam kilka szwów jedwabnych głębszych a wreszcie zupełnie powierzchowny szew kuśnierski z katgutu. Ten ostatni ma na celu utrzymanie dokładnego przylegania wzajemnego brzegów rany, szwy zaś jedwabne i płytkowe pozostają dla bezpieczeństwa na przypadek, gdyby szew katgutowy za prędko się zwolnił. Do szycia w jamie ustnéj, odbytnicy i pochwie używam katgutu chromowego, który się sporządza w następujący sposób: katgut Listerowski wkłada się na 2 do 3 dni do 10% rozczynu karbolu w glicerynie, następnie na 10 godzin do ½% wodnego rozczynu kwasu chromowego. W ten sposób otrzymujemy materyjał bardzo mocny, który dopiero po 2—4 tygodniach ulega wessaniu. Szyjąc katgutem chromowym można uniknąć niewygodnego i często dla młodéj blizny szkodliwego wyjmowania szwów w wyż wymienionych jamach, gdyż szew z katgutu chromowego można bez obawy samemu sobie pozostawić.

Z jak największą skrupulatnością baczę na dezinfekcyję pierwotną. Pole operacyjne, ręce operatora i narzędzia oczyszczają się 5% rozczynem kwasu karbolowego. Jeżeli zaś pole operacyjne już przedtém było zakażone, n. p. przy nowotworach posokujących, a zwłoka nie jest niebezpieczną, stosujemy przed operacyją leczenie dezinfekcyjne za pomocą jodoformu lub innych środków przeciwgnilnych. Mgłą nie posługuję się a to z przyczyn, które podałem w artykule *„Zur Sprayfrage“* [1]. Zapatrywania swego na tę kwestyją od tego czasu nie zmieniłem; jako profesor kliniczny mam jeszcze o jeden powód więcéj do obywania się bez mgły karbolowéj. Obecnie chirurdzy po największéj części przechylają się do zdania, że mgła jest albo zupełnie zbyteczną lub przynajmniéj bardzo podrzędną częścią antyseptyki. Nawet Volkmann, który w kwestyi przeciwgnilnego leczenia ran z pewnością nie jest zanadto wolnomyślnym, podziela to zapatrywanie. Wnoszę o tém zarówno z listownego zawiadomienia jego, jako też ze sprawozdania Obersta o amputacyjach wykonanych w klinice Volkmanna [1]. A jest to bez wątpienia korzystném zarówno dla nauczania jak i dla rozszerzenia antyseptyki pomiędzy lekarzami praktycznymi, aby wszelkie zbyteczne dodatki porzucić a natomiast z tém większą konsekwencyją wpoić uczniom istotną część metody. Im prostszą jest technika leczenia ran, tém łatwiéj nauczy się lekarz ją wykonywać, a co najważniejsza, zrozumieć.

¹) Langenbecks Archiv XXV, 4.

W miejsce mgły używam podczas operacyi, irygacyi rany. Czyste rany polewa się mniéj więcéj co 10 minut 3% rozczynem kwasu karbolowego. Przy operacyjach w okolicy odbytnicy, pochwy albo pęcherza, zwłaszcza, jeżeli się ma do czynienia z nowotworem posokującym, iryguje się ile możności bez przerwy. Tylko przy laparotomiach na pół godziny przed operacyją, ale nie podczas téjże, używa się mgły i to tylko jako środka mechanicznie oczyszczającego powietrze. Rany już zakażone oczyszczamy albo 5% kwasem karbolowym, jodoformem albo octanem glinowym [2]. Ten ostatni jest znakomitym środkiem odkażającym, którego w pewnych przypadkach nie można zastąpić ani kwasem karbolowym ani nawet jodoformem.

Szczególnéj troski wymagają gąbki. Według postępowania Kellera przygotowuje się je w następujący sposób. Zwyczajne w handlu znajdujące się gąbki oczyszcza się z piasku przez trzepanie i wkłada następnie na 12 godzin do rozczynu nadmanganezianu potasowego (1:500). Po wymyciu w czystéj wodzie wkłada się je potém do 1% rozczynu podsiarczynu sodowego (*Natrium subsulfurosum*), do którego dolewa się 8% czystego zgęszczonego kwasu solnego. Po kilku minutach gąbki przedtém czarnawo-brunatne bieleją zupełnie. Następnie wymywa się je jeszcze raz w czystéj wodzie i przechowuje w 5% rozczynie kwasu karbolowego. Do użytku bierze się gąbkę prosto z 5% rozczynu i wyciska ją należycie. Po użyciu wymywa się ją w 5% kwasie karbolowym i znów przechowuje w takim samym rozczynie. Przy takiém postępowaniu gąbki nie są wprawdzie piękne, wyglądają brudno czerwone, ale są z pewnością całkiem aseptyczne. Frisch we Wiedniu podał skomplikowany sposób, aby gąbki już używane należycie oczyścić i oczyszczone przechować. Co do mnie uważam postępowanie to, które wymaga bardzo dokładnego nadzoru, za zbyteczne, zwłaszcza w obec ograniczonego zastosowania, jakie mają gąbki w klinice tutejszéj. Używam bowiem gąbek tylko przy ranach świeżych i czystych; te raz oczyszczone gąbki z pewnością nie wywołują zakażenia. Powtórne skomplikowane odkażenie się jest więc zbytecznćm. Jeżeli przypadkowo gąbka przez pomyłkę zetknęła się z raną zakażoną, niszczy się ją natychmiast, najprostszy i najpewniejszy środek, aby powstrzymać zakażenie innych ran. W obec ran nieczystych używam tylko kawałków waty zamaczanych w 3% rozczynie karbolowym i należycie wyciśniętych.

Do drenowania używam wyłącznie drenów kauczuko-

¹) Die Amputationen unter dem Einflusse der antiseptischen Wundbehandlung von Dr. M. Oberst. Halle 1882.

²) *Rp. Alumen. crud. 40·0, Plumb. acet. 70·0, Aqu. font. 600·0, Filtra!*

wych, które przez dłuższy czas leżały w 5% rozczynie kwasu karbolowego. Dotychczas nie mogłem się zdecydować, aby w klinice stosować dreny Neuberowskie, mające uledz wessaniu, i opatrunki trwałe. W klinice bowiem już dla nauczania od czasu do czasu trzeba zmienić opatrunek, czasem nawet częściéj, aniżeli potrzeba; a powtóre sądzę, że opatrunek trwale leżący w ręku doświadczonego może wprawdzie dać świetne wyniki, w rękach jednak niewprawnego może się czasem stać niebezpiecznym. Pod opatrunkiem może się bowiem pojawić jakieś niebezpieczne zaburzenie w gojeniu się rany; po wczesnéj zmianie opatrunku można je na czas spostrzedz i usunąć, podczas gdy pod opatrunkiem stale leżącym może się ono spotęgować do stopnia życiu zagrażającego.

Co się tyczy opatrywania ran, stosuję jodoform jak najrozleglėj, a to przeważnie w ten sposób, jaki już w tém czasopiśmie [1]) podałem, a dla opisu którego czytelnika odsyłam. Ponieważ jednak od czasu pojawienia się téj rozprawki z wielu stron wytoczono zawziętą walkę przeciw jodoformowi i starano się go zupełnie pozbawić kredytu, uważam za stosowne przy téj sposobności przedstawić swoje zapatrywanie na tak zwaną „kwestyję jodoformową“. Zalet jodoformu nikt zaprzeczyć nie usiłował. Że je z początku może nieco przeceniano, przyznaję, zawsze jednak tyle dobrego ma jodoform, że aż zanadto mamy powodów, aby się go i nadal trzymano. Pomiędzy wadami jego zasługuje tylko na uwagę niebezpieczeństwo zatrucia jodoformowego; przy niezbyt przesadném zastósowaniu tego środka jest ono jednak tak małém, w każdym razie daleko mniejsze niż niebezpieczeństwo zatrucia karbolowego, że mu wartości wcale nie ujmuje. Znaczną liczbę przypadków zatrucia jodoformowego ogłoszonych przed rokiem należy położyć na karb przesadnego a często i bezmyślnego zastósowania tego środka przez wielu chirurgów. Odkąd znamy dokładnie to niebezpieczeństwo, możemy też chorych z największą pewnością zabezpieczyć od niego. Inna jest kwestyja, czy opatrunek jodoformowy we wszystkich przypadkach jest najlepszym, i czy się nieda zastąpić przez żaden inny. Mojém zdaniem do dziś dnia żaden jeszcze środek nie przewyższył jodoformu w przypadkach ran w jamie ust i połyku, w pochwie i odbytnicy, ran posokujących i wrzodów, niektórych zranień mianowicie złamań powikłanych i w procesach gębczastych. Przy innych ranach można osiągnąć te same wyniki i za pomocą wielu innych opatrunków, nie tylko za pomocą opatrunku pierwotnego Listera, ale i za pomocą opatrunku torfowego Neubera, i za pomocą opatrunków sublimatem lub octanem glinowym napojonych. Ponieważ jednak starać się powinniśmy o uproszczenie ile możności leczenia ran, a bez jodoformu w pewnym rodzaju ran żadną miarą obejść się nie możemy, przeto najlepiéj stósować opatrunek jodoformowy i tam, gdzieby go można zastąpić innym. Dlatego też używam wyłącznie tylko opatrunków jodoformowych.

Rozumie się samo przez się, że na rany świeże, zdatne do bezpośredniego zagojenia, nie kładzie się bezpośrednio jodoformu. Ranę należycie wydrenowaną i zespojoną pokrywa się 4—8 warstwami gazy jodoformowéj, którą jeszcze dla pewności bezpośrednio przed użyciem macza się w 3% rozczynie karbolu i wyciska należycie; tę samą ostrożność zachowuje się zresztą i śród zakładania typowego opatrunku Listera z gazą karbolową, leżącą bezpośrednio na ranie. Na gazę jodoformową kładzie się odpowiednią ilość jakiegokolwiekbądź materyjału opatrunkowego, w którym to celu używam zwyczajnéj waty tłuszczu pozbawionéj. Na to kładzie się materyjał nieprzemakalny, w mojéj klinice używa się t. zw. batystu Billrotha, i opaskę przytrzymującą cały opatrunek i zarazem uciskającą. Opatrunek najlepiéj, jeżeli można, tylko raz zmieniać, a to między 4 a 6tym dniem, kiedy się wyjmuje dreny i największą część szwów.

[1]) O użyciu jodoformu w leczeniu ran. Przegl. Lek. 1881.

Co do sposobu zastósowania jodoformu w innych rodzajach ran, trzymam się zasad podanych w wyż podanéj rozprawie. O ile zaś od nich odstąpiłem, albo stósowanie jodoformu rozszerzyłem, wspomnę obszerniéj przy opisie poszczególnych przypadków. (C. d. n.).

II. Z kliniki okulistycznéj prof. Dra Rydla.

Przyczynek do nauki o zależności chorób oczu u kobiet od chorób narządu płciowego.

Napisał Dr. Machek.

Pomiędzy okulistami od dawna jest rozpowszechnione zapatrywanie, iż pewne choroby oczne u kobiet powstają skutkiem chorób narządu płciowego, a szczególnie chorób macicy. Spostrzegano już dawniéj przypadki, które zależność tę niewątpliwie stwierdzały, a tłumaczono ją rozmaicie stósownie do współczesnych teoryj patologicznych. I tak Beer w dziele swojém o chorobach ocznych, w rozdziale o czarnéj katarakcie (*Amaurosis*) wspomina, że ona powstać może skutkiem ciąży (*Beer, Augenkrankheiten. Wien 1817*, II, §. 44). Opisuje on przypadek, w którym kobieta dwukrotnie podczas ciąży wzrok utraciła a po porodzie odzyskała. Podczas trzeciéj ciąży znowu wzrok utraciła, ale tym razem już bezpowrotnie. Dziś w przypadku Beera każdy okulista domyślałby się przedewszystkiém *Retinitis albuminurica*, powstałéj skutkiem zastoju w nerkach podczas ciąży. Po porodzie z ustąpieniem przyczyny chorobowéj wzrok poprawiał się, zmiany jednakże w siatkówce doszły zapewne po trzecim porodzie do tego stopnia, iż chora ostatecznie ociemniała. Przypadek ten dowodzi, jak dawne są już spostrzeżenia, wskazujące, że pewna zależność pomiędzy narządem płciowym i oczami rzeczywiście istnieje. Pomimo to przecież aż do najnowszych czasów nie badano téj rzeczy dokładniéj Najlepszym dowodem tego jest praca Förstera „o związku pomiędzy chorobami narządu płciowego“ umieszczona w zbiorowém dziele wydaném przez Alf. Graefego i Saemischa. Oprócz choroby, którą nazwał *kopiopia hysterica*, powstającéj najczęściéj skutkiem zapalenia przymacicznego (*Parametritis*), Förster wspomina o zapaleniu nerwu wzrokowego przytaczając prace Rokitańskiego młod., Samelsohna i Freunda, przyznaje, że zapalenie nerwu wzrokowego może powstać skutkiem przedwczesnego zaniku macicy, dodaje jednakże, iż przyczyn téj zależności wcale nie znamy. O chorobach naczyniówki powstałych skutkiem chorób macicy Förster wcale nie wspomina. Natomiast podaje Wecker w rozdziale tegoż samego dzieła o chorobach naczyniówki, że choroby macicy połączone z zatrzymaniem miesiączki są częstą przyczyną zapalenia ciałka rzęskowego i naczyniówki. Wecker spostrzegał, że przedwczesne ustanie miesiączkowania daje powód do chorób naczyniówki i zapalenia ciałka rzęskowego lub do zaostrzenia się tych spraw, jeżeli im kobiety już poprzednio ulegały (Wecker, *Choroidealerkrankungen*, p. 531). Ale dopiero w bieżącym roku ogłosił Mooren z Düs-

seldorfu pracę pod tytułem: „Choroby oczu i macica“ (Knapp *Archiv f. Augenheilkunde*, p. 523), w któréj opierając się na długoletniém doświadczeniu i spostrzeżeniach obejmujących sto tysięcy z górą przypadków wypowiada zdanie: „*es gebe kein Gebilde des Auges, welches den Einwirkungen des Uterinsystems, physiologisch oder pathologisch genommen, unzugänglich bliebe*“. I tak twierdzi Mooren, że fizyjologiczne wystąpienie miesiączki do tego stopnia wpływa na stan oczu, że n. p. u dziewcząt cierpiących na zapalenie jaglicowe zaostrza się sprawa chorobowa, że gojące się rany, zadane celem usunięcia zaćmy, nastrzykują się lub przechodzą nawet w stan zapalny. Wykazuje on daléj, że skutkiem rozmaitych spraw chorobowych w narządzie płciowym u kobiet, obok chorobliwych objawów dotyczących funkcyi oka, jak światłowstrętu i przeczułości, powstają zboczenia w krążeniu, przekrwienia, drobne wybroczyny siatkówkowe, zapalenia siatkówki i nerwu wzrokowego, zanik tegoż, zapalenia wreszcie naczyniówki i ciałka rzęskowego.

Mooren stara się także wykazać związek i przyczynę zależności chorób ocznych u kobiet od chorób macicy. Twierdzi on, iż tak jak zatrzymanie miesiączki daje powód do zastoju żylnego w macicy i w narządach miednicy, tak samo i inne choroby, jak nowotwory, opadnięcie macicy, jéj zgięcie ku przodowi lub tyłowi, wypociny powstałe skutkiem zapalenia przymacicznego, sprowadzają zastój w miednicy a względnie w splocie wicinowatym i macicznym *(Plexus pampiniformis et uterinus)*. Sploty te pozostają w związku z żyłami lędźwiowemi, tudzież z żyłami rdzenia pacierzowego i jego opon. Przekrwienie żylne rdzenia może w rozmaity sposób wpłynąć szkodliwie na ustrój, a jeżeli nadto uwzględnimy, że zadrażnienie tylnych jego korzeni (Erb) stanowi anatomiczną podstawę objawów bólu, zimna i gorąca w krzyżach, które to objawy, jak ścisłe spostrzeżenia wykazują, chorobom oczu i macicy towarzyszą, że daléj żyły stosu pacierzowego w górnéj tegoż części są bardzo grube a w stanie przekrwienia uciskają włókna dostające się z rdzenia do nerwów obwodowych, a mianowicie do nerwu troistego i współczulnego, że wreszcie przekrwienie żylne może stać się przyczyną przewlekłego zapalenia rdzenia, którego szkodliwe wpływy na przyrząd wzrokowy od dawna są znane i stwierdzone, to łatwo zrozumieć, że skutkiem wyżéj wymienionych spraw chorobowych powstać mogą ciężkie zmiany w nerwie wzrokowym, siatkówce i jagodówce.

Jakkolwiek powyższe tłumaczenie Moorena związku zachodzącego między chorobami oczu a chorobami macicy ma pewną naukową podstawę, to przecież zaprzeczyć nie można, że jak dotąd jest ono przeważnie teoretyczne a brak mu jeszcze należytego poparcia. Z drugiéj atoli strony przyznać trzeba, iż w ogólności za mało znamy stosunki anatomiczne i fizyjologiczne rdzenia pacierzowego i nerwu współczulnego, a daléj wpływ ustroju żylnego na nerwy, co zresztą sam Mooren przyznaje, aby już obecnie dać dokładniejsze tłumaczenie tych zjawisk chorobowych. W wielu wreszcie przypadkach nie potrzeba uciekać się do powyższego tłumaczenia, mogąc związek zachodzący pomiędzy chorobami macicy i przyrządu wzrokowego w prostszy sposób wytłumaczyć.

Pomijając atoli tłumaczenie to przecież z licznych spostrzeżeń wynika, iż istotnie taka zależność istnieje. Mooren zachęca i wykazuje też potrzebę ogłaszania przypadków, któreby się do wyjaśnienia téj sprawy przyczynić mogły. W klinice okulistycznéj spostrzegaliśmy już na dwa lata przed ogłoszeniem pracy Moorena przypadek ciężkiéj choroby oczu, która według wszelkiego prawdopodobieństwa powstała skutkiem zatrzymania miesiączki. Przypadek ten z innych jeszcze względów ciekawy, wykazuje lepiéj niż inne dotąd ogłoszone, że powrót miesiączki zatrzymanéj wpływa mimo bardzo drobnych zmian chorobowych korzystnie na powrót oka do stanu prawidłowego.

Dnia 12 listopada 1880 r. zgłosiła się do kliniki okulistycznéj Maryja T., służąca mająca lat 18, rodem z Niepołomic, skarżąc się, iż od 2 tygodni gorzéj widzi. Badanie oczu wykazało, że zewnętrzne części tychże są prawidłowe, spojówka powiek blada, naczynia rzęskowe zaledwie dostrzegalnie nastrzykane, rogówki czyste, ich powierzchnia gładka, przodkowe komórki mają zwykłą głębokość, a ciecz wodna jest czysta. Tęczówka oka lewego jest co do utkania prawidłowa i oddziaływa dobrze na światło. Utkanie tęczówki oka prawego niewyraźne, od wewnątrz znajduje się jedna, a od zewnątrz dwie tylne przyczepiny. Na przodkowéj torebce w oku prawém widać złogi barwika w postaci kilku drobnych, na obwodzie źrenicy położonych ciemnobrunatnych kropek. Bystrość wzroku na obu oczach upośledzona; prawe oko ma $^6/_{60}$ lewe zaś $^6/_{18}$ prawidłowéj bystrości wzroku, ani wklęsłe ani wypukłe szkła nie poprawiają wzroku. Wziernik wykazuje w obu oczach czyste środki łamiące. Tarcze nerwów wzrokowych są lekko obrzmiałe, zaczerwienione, brzegi przyslonięte, żyły miernie pokręcone i grubsze. Siatkówki w koło tarcz lekko zaćmione. Na obwodzie dna oczu widać drobne żółtawobiałe plamki bez złogów barwika, lub obwódek barwikowych, z czego wnosić było można, iż żółtawo-białe plamki są wyrazem świeżych wypocin. Ich wielkość jest rozmaita; jedne są zaledwie dostrzegalne, a średnica największych równa się szerokości tętnic na tarczy nerwu wzrokowego. Największą ilość i największych plamek widać w oku lewém od dołu.

Rozpoznanie brzmiało: *Synechiae posteriores oc. d. Neuroretinitis et choroiditis disseminata peripherica oc. utr.* (Dok. n.)

III. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od r. 1879 do 1882.

Podał Dr. Emanuel Rosenblatt.

Wiadomo powszechnie, iż choroby układu nerwowego zajmują pod względem częstości we wieku dziecięcym miejsce wcale niepoślednie; znany jest również i wpływ śmiertelności w skutek chorób układu nerwowego na śmiertelność ogólną dzieci, nie mamy atoli do dziś dnia jeszcze żadnych dat pewniejszych, ażeby stosunek częstości chorób układu nerwowego do częstości reszty chorób we wieku dziecięcym ująć w cyfry przynajmniéj w przybliżeniu prawdziwe. Podania, które pod tym względem napotykamy i tak nazbyt szczupłe, tak się między sobą różnią, iż trudno na nich polegać; najprawdziwiéj wyrażony jeszcze stosunek ten we wykazach statystycznych Lübben-Pfeiffera a tyczących się chorobliwości ogólnéj w Turyngii w ciągu roku 1875, według których na 4431 przypadków chorobowych u osesków wypadło na choroby narządów trawienia 2135, na choroby narządów oddechania 1690, na choroby układu nerwowego 388, podczas gdy na resztę chorób przypadków 218. Według sprawozdań szpitalnych, ktore zebrać byłem w stanie, wypadło na 1460 chorób leczonych w szpitalu św. Zofii we Lwowie od r. 1879 do 1882, 71 przypadków chorób układu nerwo-

Otóż przedstawienie i uzasadnienie kwestyi, o ile sam Schreyer orzekał o sprawie, która go nabawiła tak wielkiego kłopotu i życie zatruwała.

Wnet jednak obok Schreyera wysuwa się na widownię postać druga, postać prawnika słynnego, który podejmuje się obrony obwinionych. Obrońcą tym jest Krystyjan Thomas, w dziejach oświaty znany zaszczytnie pod nazwiskiem Thomasiusza. Jeżeli o żywocie skromnego lekarza Schreyera żadnych nie mamy bliższych szczegółów, to natomiast o Thomasiuszu wiemy, że się urodził w roku 1655 w Lipsku, że więc w owym czasie był młodym wprawdzie, bo zaledwie lat 28 liczącym, ale już zawołanym obrońcą, że w kilka lat późniéj pierwszy w Niemczech rozpoczął w Lipsku wykłady prawa w języku niemieckim, że walczył przeciw przesądom, a głównie przeciw wierze w czary i że prześladowany przez ludzi zacofanych przeniósł się w r. 1690 do Hali, wpłynął na założenie tam uniwersytetu i umarł jako profesor i rektor onego w r. 1728. „Cały jego żywot“—powiada o nim historyk niemiecki—„poświęcony był walce przeciw barbarzyństwu szkół, ustaw i sądownictwa,—a jako organ swego czasu, jako herolda i obrońcę wymogów swego wieku zaliczyć go wypada do najznakomitszych mężów nowoczesnych. Jemu zawdzięczamy, że oskarżenia przeciw czarownicom znikały z porządku dziennego i że tortury, jeżeli nie usunięte, to przynajmniéj złagodzone zostały.“ Łatwo wyobrazić sobie, jak radować się musiało serce tego zacnego męża, gdy mu się nastręczyła sposobność kruszenia kopii z „barbarzyństwem sądów.“ Wystąpił on do walki ochoczo, i jakkolwiek na razie nie wyszedł z niéj zwycięzko, to przecież przysłużył się dobrze ludzkości i umiejętności.

Zanim pójdziemy w ślad za krokami, które w téj sprawie poczynił Thomasiusz, winniśmy wytłumaczyć się, dlaczego wyrażenie się historyka o barbarzyństwie sądownictwa stósujemy i do przypadku, o którym mowa. (C. d. n.)

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* **Statystyka głuchoniemych**. Według ostatnich obliczeń było głuchoniemych:

w Anglii	w r.	1871	18,152	czyli	5 74	na 10,000 m.
w Szwecyi	„	1870	4,266	„	10 23	„
w Norwegii	„	1865	1,569	„	9·22	„
w Węgrzech	„	1870	20,699	„	13·43	„
w Austryi	„	1869	19,701	„	9·66	„
w Szwajcaryi	„	1870	6.544	„	24·52	„
w Danii	„	„	1,156	„	6·20	„
w Holandyi	„	1869	1,119	„	3·35	„
w Belgii	„	1858	1,989	„	4·39	„
w Francyi	„	1872	22,610	„	6 26	„
w Hiszpanii	„	1860	1,0905	„	6·96	„
w Włoszech	„	1871	1,9385	„	7·34	„
w Ameryce półn.	„	1870	16,205	„	4·20	„
w Rzeczyp. Argentyńskiéj	„		6,626	„	38·01	„
w Niemczech	w r.	1871	38,489	„	9 60	„

(Dr. Schwabach w *Real-Encyclopädie* XIII. pag. 432).

Ω **Berlin**. Na tutejszy uniwersytet zapisało się na bieżące półrocze zimowe 4678 uczniów z których 174 przypada na Wydział lekarski.

W numerze ostatnim Przeglądu podaliśmy wiadomość o wykryciu prątków nosacizny. Dyrektor Urzędu zdrowotnego tajny radca lekarski Struck zdaje teraz w tutejszych dziennikach obszernie sprawę z tego odkrycia. Równocześnie prawie Pasteur przedstawił na posiedzeniu Akademii paryskiéj nowy twór drobnowidowy patogeniczny, będący przyczyną choroby u świń. zwanéj przez Francuzów: „*Rouge du porc*“.

Ω **Darmstadt**. Rada miejska zezwoliła panu W. A. Somriacsowi zbudować własnym kosztem piec do palenia zwłok ludzkich na wzór istniejącego już w Gocie.

Ω **Gota** Dnia 10 grudnia spalono 99te zwłoki.

Ω **Londyn**. Dr. Russell ogłasza ciekawe wyniki badań nad składem chemicznym mgły. Najważniejszém jest, że znalazł on znacznie zwiększoną ilość kwasu węglowego w powietrzu w czasie mgły. Niekiedy ilość ta bywała $2\frac{1}{2}$ razy większą od prawidłowéj. Dalsze badania zdają się potwierdzać domysł, że i inne zdrowiu szkodliwe składniki powietrza tak chemiczne jak i mechaniczne w czasie mgły znacznie się zwiększają.

* **Orzeczenie sądowe w sprawie lekarza szpitalnego.** Dr. Gorhan, lekarz szpitala w Mödlingu pod Wiedniem, doniósł był Sądowi właściwemu o przyjęciu do szpitala chorego z raną postrzałową. Gdy raniony w 14 dni późniéj umarł, Dr. G. zawezwał urzędowego oglądacza zmarłych a następnie uskutecznił sekcyję szpitalną i spisał protokół. Sąd obwodowy zawezwał p. o. prokuratora miejscowego, aby wystąpił ze skargą przeciw Drowi G. z powodu, że nie zawiadomił Sądu o śmierci ranionego. Sąd powiatowy w Mödlingu atoli uznał oskarżonego lekarza niewinnym, a to z powodu, że uczynił zadość wymogom ustawy, doniosłszy o zranieniu. Prokuratoryja odwołała się do instancyi wyższéj, jednak Sąd krajowy we Wiedniu potwierdził wyrok pierwszy, a to z powodu, że po pierwszém doniesieniu lekarza zbadanie sprawy było rzeczą Sądu, a zawiadomienie o śmierci ranionego było zresztą zadaniem oglądacza.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 17—23 grudnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: 25.2 (26,7 z. t.). Z gorączki połogowéj umarło 1 (1 z. t.), z kiły 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku ospy, 1 płonicy. W tygodniu od 10—16 grudnia pojawiała się częściéj ospa w Londynie. Świeżo zapadło 22, leczyło się w szpitalach 75. W Paryżu umarło 1, w Pradze i Roterdamie po 2, w Budapeszcie 4, w Warszawie 5, w Paryżu 7, w Petersburgu 20, w Granadzie 19, w Madrycie 28. Również i w Walencyi, Filadelfii, Chicago i Baltimore pojawia się ospa. Z odry umarło w Londynie 97, w Hadze 10, w Bukareszcie 8. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 49, w Aleksandryi 10, w Petersburgu 23. Czerwonka jest częstszą w Aleksandryi. Z duru osutkowego umarło w Warszawie i Madrycie po 2, w Granadzie 4. W Mekce wydarzył się 6 grudnia 1 przypadek cholery. w Granadzie od 4—10 grudnia 5, w Kalkucie od 22—28 października 32 przypadków. W Londynie umarło z chorób narządu oddechowego 541, w Wiedniu 70 osób.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 10—16 grudnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 26,7; w Warszawie 32,1; w Poznaniu 34,7; w Wiedniu 27,5; w Budapeszcie 28,0; w Pradze 28,5; w Tryjeście 27,1.; w Berlinie 21,3; w Wrocławiu 26,7; w Gdańsku 32,0; w Mnichowie 29,7; w Kolonii 19,8; w Dreźnie 26,8; w Lipsku 21,3; w Bazylei 19,6; w Brukseli 26,1; w Amsterdamie 27,4; w Hadze 30,7; w Paryżu 25,4; w Londynie 26,8; w Kopenhadze 29,8; w Stokholmie 32.7; w Chrystyjanii 17,5; w Petersburgu 36,7; w Odesie 32,4; w Rzymie 23,9; w Wenecyi 34,2; w Bukareszcie 27,6; w Madrycie 41,5; w Lizbonie 24,7; w Aleksandryi 45,6; w Nowym Yorku 22,2; w Filadelfii 20,1; w Bombayu 22,6; w Madrasie 37,1. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** 1 stycznia. W roku ubiegłym świat lekarski dotkliwe poniósł straty; obok pierwszorzędnych badaczy, których wpływ i na nauki lekarskie był wielki. oprócz Karola Darwina, Teodora Schwanna, Bischoffa i Wöhlera legli w grobie: chemicy: Kletzinsky i Hünefeld, lekarze: Duchek, Friedreich, Wintrich, Beneke, Obernier, Levinstein, Lotar Meyer, Davaine, Pidoux, Pruner bey, Concato; chirurdzy: Hueter, Gurlt, Flaubert, Junod, Hodgen, Spence, Wood; okuliści Rittmann, Critchett, Demarres, Ansieux; ginekologowie: Hecker, Hildebrandt, Mayerhoffer; dermatolog Simon;

Lehre v. d. Kindsabtreibung u. v. Kindsmord, Erlangen 1868, s. 285) na język niemiecki, ale w kilku miejscach niejasno i niezgodnie z oryginałem.

psychijarzy: Brièrre de Boismont, Spielmann, Köstl, Gellhotrn; lekarze sądowi: Gatscher, Christison, Lazzaretti. Z rodaków lekarzy umarli: Babiński, Bauerertz, Cozel, Czermiński, Czerwiakowski, Dmochowski, Gramatyka, Grot. Jakubowski, Koch, Kaczyński, Kralczyński, Kohn, Krzemiński, Lande, Landowski, Lewandowski, Lachowicz, Lisicki, Maciejowski, Mieszczański, Placzkowski, Piepes, Ramlow, Szeparowicz, Syrski. Sciepura, Stankiewicz, Wentzel, Wierzbicki, Wicherkiewicz starszy, Wielobycki, Wołek, Żabczyński i chemik Julijan Grabowski. Zapewne każdy ze zmarłych rodaków i kolegów na rozmaitych stanowiskach położyli większe lub mniejsze zasługi koło ludzkości i nauki; oddajemy cześć pamięci wszystkich, a przedewszystkiém pamięci Lachowicza i Szeparowicza, owych zacnych kolegów, którzy bezinteresownie popierali pismo nasze: pierwszy wychowaniec Uniwersytetu naszego i jako asystent przy katedrze anatomii opisowéj doradca przyjacielski młodzieży akademickiéj, lekarz wykształcony i kolega zacny, umierając jeszcze myślał i pamiętał o bliźnich swoich; ostatni—któż nie wie, ile przez śmierć jego poniósł kraj, jaką poniosła stratę stolica, stratę dzięki stosunkom naszym niepowetowaną; nie mniejszą szkodę ponosi Przegląd Lek., w którym wszystkie niemal prace swoje cenne ogłosił; wartość naukową prac tych ocenili czytelnicy, ale jak gorliwym był współpracownikiem, jak słownym i punktualnym, jak chętnym był do pracy naukowéj pomimo ogromnego zajęcia w praktyce,—o tém wie tylko redakcyja. Jeszcze na kilka tygodni przed ostatnią chorobą przyrzekł nam listownie ogłosić równocześnie w archiwie Langenbecka i w Przegl. Lek. pracę, po któréj wiele sobie obiecywał. Umarł Szeparowicz, ale pamięć jego pozostanie drogą każdemu, który cenić umie pracę rzetelną, uczciwą!

○ Komitet administracyjny zawiadujący Szczawnicą w imieniu Akademii Umiej. ogłosił drukiem sprawozdanie z zarządu zakładu zdrojowego w Szczawnicy od chwili śmierci ś. p. Szalaja aż do obecnego czasu. Przedmiotowe to przedstawienie jest najlepszém odparciem zarzutów czynionych administracyi szczawnickiéj, które dały powód do tak niesmacznéj a rozwlekłéj polemiki po dziennikach politycznych krajowych, jaka się w ubiegłym roku toczyła. Otwarte wyznanie braków, wykazanie tego co się już zrobiło lub jest w toku, jak to znajdujemy we wzmiankowaném sprawozdaniu, daje sposobność poznania obecnego stanu Zakładu i zdoła przekonać każdego nieuprzedzonego o ciągłym rozwoju Zakładu i gorliwych staraniach administracyi. Przy tém należy téż i o tém pamiętać, że wszystkiego naraz dokonać nie można, i że Akademija nie może czynić wkładów w Zakład z własnych dochodów, bo te inne mają przeznaczenie, a jedynie na ulepszenia w Zakładzie poświęcać może wszelkie jego dochody, nic z nich dla siebie niebiorąc, co téż właśnie czyni. Mimo to zrobiono już wiele za czasów gdy Zakład jest wyłączną własnością Akademii, jak to wynika z tego niejako urzędowego sprawozdania przez Komitet administracyjny Akademii przedstawionego. W szczegóły wdawać się tu nie możemy, musimy odesłać czytelników do samego sprawozdania, żałować tylko należy, że Komitet administracyjny nie poczuł się wcześniéj do obowiązku zdania sprawy publicznie ze swych czynności, tak jak to obecnie uczynił; zapobiegłby był przez to nieusprawiedliwionym zarzutom a Zakład byłby przez to tylko zyskał.

* Na posiedzeniu Komisyi balneologicznéj d. 29 grudnia r. z. wybrano Zarząd Komisyi na następne trzy lata, a mianowicie: Przewodniczącym: Dru Władysława Ściborowskiego (ponownie). Zastępcą przewodniczącego Dra Karola Olszewskiego prof. chemii w U. J. Sekretarzem Dra Władysława Gluzińskiego asystenta kliniki lekarskiéj U. J. Biblijotekarzem Dra Bolesława Skórczewskiego (ponownie).

* *Z W. med. Woch.* dowiadujemy się, że wyszło w Stryju 1882 dziełko Dra Bolesława Sérkowskiego, lekarza powiatowego tamże, pt. *Die Fermentationstheorie der Erkältung, der Blutinfection u. des Fiebers.* Jestto zapewne tłumaczenie i opracowanie rozprawy, umieszczonéj w *Przegl. Lek.* z r. 1880. Więcéj o dziełku tém powiedzieć nie umiemy, bo go nie znamy.

* Encyklopedyja lekarska Eulenburga, wychodząca we Wiedniu nakładem Urbana i Schwarzenberga, szybko postępuje naprzód, tak że za parę tygodni ukończenia tego wielkiego dzieła spodziewać się można. Dotychczas kończy się prawie tom XIII, dochodzący do wyrazu Töplitz.

* **Warszawa.** Wydział lek. przyznał stopień doktora medycyny p. Rosenthalowi, który bronił rozprawy o zmianach chorobowych kory mózgowéj w niektórych chorobach zakaźnych.

Stopień lekarzy otrzymali pp. Józef Grosser, Józef Garbowski, Tytus Staroszewicz, Józef Karpiński (obaj ostatni *cum eximia laude*), Stanisław Kwiatkowski Jan Lebiediew, Piotr Pławtow, Henryk Sachs, Maryjan Sierakowski, Julijan Zaleski, Feliks Zachmantowicz, Leon Tonnenbaum i Maks. Hopfenblüm.

Dr. Jaworski, który bawił w Kabulu i był lekarzem chana Szyr-Alego, wydał dzieło pt: „Kabul," o którém krytyka angielska wyraża się z uznaniem. (*Kur. warsz.*)

* **Praga.** Instalacyja nowego rektora czeskiego Uniwersytetu w Pradze, profesora Tomka, odbyła się 19 grudnia z wielką okazałością. Dr. Randa łacińską przemową zagaił otwarcie, a po złożeniu przysięgi rektorskiéj wręczył mu dotyczące odznaki. Rektor Tomek miał mowę dziękczynną w języku łacińskim, a na zakończenie wykład w mowie czeskiéj o znaczeniu tego dnia.

* **Berlin.** Z polecenia rządu udali się pp. Eulenberg i Skrzeczka w okolice nadreńskie, aby ze stanowiska policyjno-lekarskiego oglądać miejscowości powodzią nawiedzone. (*D. med. Woch.*).

□ **Rosyja.** Listerowska metoda opatrywania ran nie wszędzie została zastosowaną z tą szybkością, na jaką bezsprzecznie zasługuje. *Mosk. Telegraf* Nr. 115 donosi, że Dr. Lindebaum miał odczyt w moskiewskiém chirurgiczném Towarzystwie o zastosowaniu antyseptycznéj metody w jarosławskim szpitalu, w którym do m. marca 1882 r. opatrywano rany po dawnemu i został zdumiony (szkoda, że tak późno) świetnemi wynikami, gdyż dawniéj na trzech operowanych tracił jednego, a przy zastosowaniu metody antyseptycznéj z 72 operowanych umarł tylko jeden chory.

Towarzystwo Czerwonego Krzyża w Petersburgu uchwaliło przeznaczyć 8 powozów, będących jego własnością, do przewożenia chorych do szpitali (*Gołos* Nr. 331).

Wyznawcy Hahnemanna cieszą się w Rosyi powodzeniem: donosiliśmy o poparciu jakiego doznali od Czerw. Krzyża, obecnie pani Zibarowa ofiarowała Towarzystwu homeopatów 1000 rs. *Gołos* Nr. 336 donosi, że Towarzystwo rzeczone otrzymało część wojskowego mikołajewskiego szpitala dla założenia szpitala i leczenia homeopatyczną metodą.

Prawit. Wiest. Nr. 275 zamieszcza ogłoszenie bułgarskiego ministra wojny wzywające lekarzy rosyjskich do zajmowania posad lekarzy wojskowych w armii bułgarskiéj. Oprócz pomieszkania i posługi lekarz wojskowy w Bułgaryi pobiera 4800 fr. rocznie, 600 fr. jednorazowo na koszta przesiedlenia się, oraz podróż od granic bułgarskich do miejsca przeznaczenia odbywa na rachunek skarbu; podejmujący się ma przesłużyć w Bułgaryi nie mniéj niż dwa lata. Zgłoszenia się i dokumenta należy adresować do ministerstwa wojny w Sofii.

Ukaz wydany i ogłoszony za czasów ministra Ignatijewa, zakazujący aptekarzom mojżeszowego wyznania posiadanie aptek w Petersburgu, został przez Senat uznany za nieprawny (*Gołos* Nr. 335).

Petersb. Wied. Nr. 330 donoszą, że ks. Gruzyi w szale sprzeczki o należytość pieniężną zabił Dra Szmida.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Gryfija.** Docent prywatny Dr. Schultz w Bonnie powołany został jako profesor farmakologii (w miejsce Eulenburga). — **Berlin.** Proff. Gusserow, Schröder i Westphal mianowani zostali tajnymi radcami lekarskimi.

* **Mianowania i odznaczenia.** Fizyk komitatowy Dr. Józef Kallivoda mianowany został radcą sekcyjnym i referentem spraw lekarskich w rządzie krajowym chorwacko-sławońskim w Zagrzebiu. — Prof. Mosetig we Wiedniu otrzymał od arcyksięcia Wilhelma jako W. Mistrza zakonu niemieckiego krzyż maryjański.

* **Nekrologija.** Zmarły niedawno prof. Beneke urodził się w r. 1824 w Celle w Hanowerskiém, był zrazu lekarzem prakt. w Hanowerze, następnie lekarzem zdrojowym w Nauheimie; w r. 1863 powołany został jako prof. nadzw. do Marburgu, w r. 1867 mianowany prof. zwyczajnym anatomii patolog. i patologii ogól-

néj. Na 2 dni przed śmiercią jeszcze wykładał. — Prof. Hecker zmarły w Monachijum liczył lat 55, urodził się w Berlinie, w r. 1857 powołany został do Marburga, a w r. 1859 do Monachijum.

W Londynie umarł sir Tomasz Watson, licząc lat 90; *Lancet* nazywa go największym lekarzem angielskim bieżącego stulecia.—W Paryżu umarł baron Corvisart w wieku sędziwym; był on lekarzem przybocznym Napoleona III i potomkiem słynnego lekarza przybocznego Napoleona I, zmarłego w r. 1821.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 52: Łuczkiewicza: Odra w połączeniu z błonicą. — W *Gazecie Lek.* Nr. 52: Heringa: Z kazuistyki szpitalnéj oddziału dla chorób krtani szpitala św. Rocha (dok.); Drozdowskiego: Tłuszczak olbrzymich rozmiarów.

Redakcyja otrzymała:

Dr. MARKIEWICZ: Pierwsze letnie kolonije u nas. (Odbitka z *Nowin*), Warszawa 1882, str. 72.

Szczawnica. Sprawozdanie Komitetu administracyjnego dla zakładu zdrojowego w Szczawnicy o zarządzie tegoż Zakładu. Kraków, 1882, str. 35.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 13 stycznia 1883. № 2. Rok XXII.

I. Z kliniki chirurgicznéj prof. Dra Mikulicza w Krakowie.

Przyczynki do Chirurgii.

II.

Mięśniowłókniak śródścienny macicy wielkości dwóch głów dziecięcych i podsurowiczy wielkości pomarańczy. Wycięcie przez pochwę, wyzdrowienie.

Napisał prof. **Mikulicz.**

Z szeregu większych zabiegów operacyjnych wykonywanych na częściach rodnych kobiecych dziś przeważnie dwa zajmują ginekologów i chirurgów: operacyje z powodu włókniaków macicy i wycięcie całéj macicy rakowo zwyrodniałéj. Z saméj przyrody cierpienia wynika, że ta ostatnia operacyja stósunkowo wolno się rozpowszechnia, i że nawet dziś nie brak jeszcze głosów odmawiających jéj całkiem przyszłości; cel bowiem, który tu osiągnąć możemy, jest względnie ograniczony. Choćbyśmy technikę wycięcia macicy jak najbardziéj wydoskonalili, i niebezpieczeństwa operacyi jak najbardziéj zmniejszyli, to przecież natury raka i jego skłonności do ponawiania się nie zmienimy i zawsze będziemy musieli zadowalać się skromnemi wynikami.

Tém ważniejszém jest zadanie nasze, gdy operujemy z powodu włókniaków macicy, tém téż szybciéj postępuje tu wydoskonalenie techniki, tém téż lepsze otrzymujemy wyniki, i niezadługo będziemy mieli i na tém polu równie wydoskonalone operacyje, jak przy wycinaniu obrzęków jajnika.

Zwłaszcza technika wycięcia włókniaków macicy przez powłoki brzuszne (*laparomyomotomia*) doszła dzięki staraniom Koeberlego, Péana, Schrödera, Czernego, Olshausena, Billrotha i innych do wysokiego stopnia wydoskonalenia. Nawet dla najtrudniéj dostępnych włókniaków podsurowiczych szyi macicy podał Czerny nowy i pomyślnym skutkiem uwieńczony sposób operowania, t. j. wycięcie przez pochwę, czyli t. zw. *myomotomia vaginalis.* Wobec ogólnego zajęcia, jakie dziś budzi wycięcie włókniaków macicy przez powłoki brzuszne, zdaje się, że dawniejszy sposób wyłuszczania włókniaków traktujemy za nadto po macoszemu. Operacyja ta, wprowadzona do ginekologii przez Amusata i podniesiona do typicznéj operacyi przez prace Brauna, Hegara, Martina, Gusserowa i innych, nie uczyniła prawie żadnych postępów od czasu, odkąd wycięcie włókniaków przez powłoki brzuszne tak bardzo zajęło uwagę ginekologów i chirurgów. Zdaje się, że wyniki osiągnięte w najnowszych czasach przez tę ostatnią operacyję są pomyślniejsze niż wyniki po wyłuszczeniu przez pochwę i w przypadkach, w których można wybierać pomiędzy jednym a drugim sposobem operowania niezawodnie skłoniłby się dziś każdy operator do pierwszego. A przecież w wielu przypadkach wyłuszczenie przez pochwę jest jedynym racyjonalnym sposobem postępowania, pożądaném jest przeto, aby i ten sposób operowania, w jak najkrótszym czasie, jak najbardziéj wydoskonalono. Biorąc zwłaszcza w pomoc doświadczenia uzyskane przy wycinaniu macicy przez pochwę, możemy się spodziewać, że i wyniki wyłuszczania włókniaków macicy tą drogą staną się wkrótce znacznie lepszemi niż dotąd.

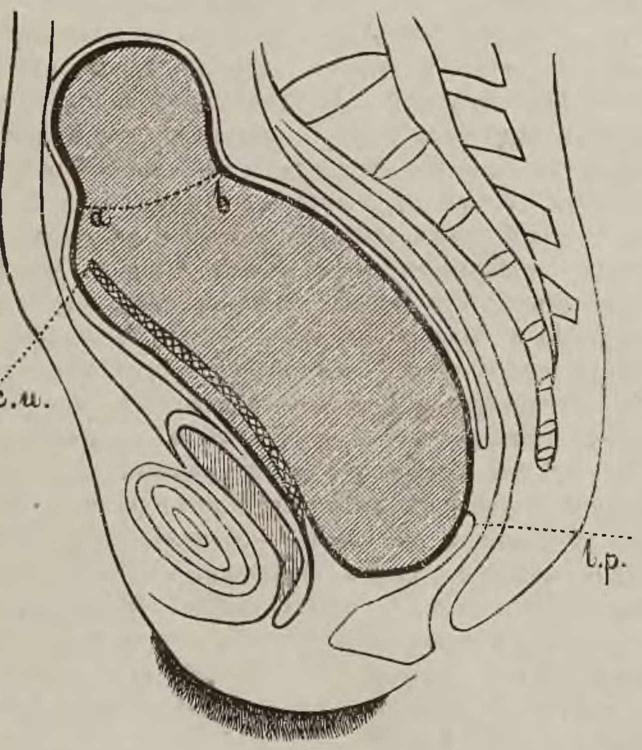
Następujący przypadek, który zawdzięczam życzliwości mego kolegi prof. Madurowicza, ma stanowić przyczynek do techniki wyłuszczania włókniaków macicy przez pochwę i leczenia następowego.

Florentyna Hensler, l. 29 licząca z Biały, niezamężna; aż do r. 1881 czuła się zupełnie zdrową; miesiączkowanie rozpoczęło się w 14 roku życia i było zupełnie prawidłowe. Od półtora roku pojawiały się mniéj więcéj co 2 tygodnie krwotoki bardzo obfite, trwające od 7 do 10 dni. Przed rokiem przyłączyły się nadto bóle ponad spojeniem łonowém, wzmagające się stopniowo; oprócz tego doznawała chora czasem zatrzymania moczu, póżniéj zaś bardzo silnego częstego parcia na mocz. Niedługo po wystąpieniu bólów po-

czuła chora guz w jamie brzusznéj, który powiększał się powoli ale ciągle. W marcu r. 1882 przybyła chora do kliniki ginekologicznéj, gdzie przyłączyło się jeszcze zaparcie stolca, przeciw któremu stosowano środki przeczyszczające. D. 15 lipca przesłano chorą do szpitala św. Łazarza a ztąd dnia 27 października do kliniki chirurgicznéj, gdzie zbadana przedstawiła stan następujący.

Osoba wzrostu średniego, o kośćcu słabo rozwiniętym; skóra blado-żółtawa, błony śluzowe badaniu dostępne blade, na spojówkach gałek ocznych mierna żółtaczka; podściółka tłuszczowa słabo rozwinięta. W narządzie krążenia i oddychania żadnych nie ma zboczeń. Badanie przez powłoki brzuszne wykazuje obrzęk wielkości dwóch głów dziecięcych, zbity, niechełbocący; guz ten wychodzi z ponad spojenia łonowego i dosięga pępka; z górnéj lewéj jego części wychodzi drugi wielkości pomarańczy. Badanie przez pochwę, któremu zawsze znaczny towarzyszy krwotok, wykazuje guz elastyczny, wielkości dwóch pięści, wypełniający prawie zupełnie pochwę, bardzo mało ruchomy i ściśle połączony z guzem, przez powłoki brzuszne wymacalnym.

Ponieważ dokładne wybadanie stosunku tego guza do macicy było bardzo utrudnione z powodu ciasnéj szpary sromowéj, badaliśmy dnia 29 października chorą znieczuloną chloroformem *per rectum* według Simona, przyczém stwierdzono stan i położenie guzów, jak je przedstawia rysunek schematyczny, obok załączony.



Cała masa główna obrzęku wychodzi z tylnéj ściany macicy, która w skutek tego w całości jest przedłużona, sięgając aż do pępka. Jama macicy również mocno wydłużona dochodzi blisko do wysokości pępka (c. u.), ściana jéj przednia rozcieńczona. Guz w pochwie leżący odpowiada wardze tylnéj części pochwowéj, w któréj właśnie część obrzęku się rozwinęła, a poza którą sklepienie tylne (l. p.) palcem lubo z trudnością wymacać można. Warga przednia części pochwowéj wymacać się nie daje; znikła ona w skutek przedłużenia całéj macicy i rozszerzenia jamy szyjki prawie zupełnie, tak że w przedniéj części ściana pochwy zdaje się wprost przechodzić na ścianę macicy.

Na zasadzie tego badania rozpoznaliśmy: *Fibromyoma intramurale uteri et cervicis, fibroma subserosum fundi uteri.* W obec tych warunków zabieg operacyjny w celu wyłuszczenia nowotworu był oczywiście wskazanym; ciągłe krwotoki, wzmagająca się w skutek tego niedokrewność choréj, znaczne bóle i dolegliwości ze strony pęcherza moczowego i kiszki stolcowéj nie dopuszczały zwłoki. Trudniéj było o wybór najodpowiedniejszego sposobu operowania. Czy należało poprowadzić cięcie przez powłoki brzuszne, lub téż starać się o wydobycie nowotworu przez pochwę? Przeciw drugiemu sposobowi operowania przemawiała przedewszystkiém wielkość guza jakotéż połączenie jego z włókniakiem podsurowiczym; a ciasne bardzo wejście do pochwy musiało utrudniać operacyję. Przeciw laparotomii przemawiała zaś ta okoliczność, ze cała tylna połowa szyi macicy była zamienioną w guz wielkości dwóch pięści, zepchnięty ku pochwie, nadto spostrzegano także objawy rozkładu w jamie macicy (chora miernie gorączkowała), okoliczność, która musiała znacznie pogorszyć rokowanie co do wyniku laparotomii.

Postanowiłem z tych dwóch ostatnich przyczyn operować przez pochwę. Zamierzałem na razie wyłuszczyć tylko dolną połowę mięśniaka; późniéj zaś po zagojeniu się rany chciałem oddalić resztę tego guza jakotéż i włókniak podsurowiczy przez laparotomiję. Podczas saméj operacyi udało się jednak wydobyć przez pochwę nietylko cały guz śródścienny, ale także i podsurowiczy.

Badanie przez kiszkę stolcową wywołało znaczne oddziaływanie zarówno miejscowe jak i ogólne; chora gorączkowała prawie przez dwa tygodnie; ciepłota dłużéj niż przez tydzień wahała się pomiędzy 38·3° a 40·0°. Czekałem przeto, aż te objawy zadrażnienia minęły i dnia 11 listopada 1882 przystąpiłem do operacyi.

Po przygotowaniach przeciwgnilnych, mianowicie wypłukaniu pochwy 5% karbolem, ogoleniu włosów na częściach sromnych itd., rozciąłem całe międzykrocze aż do błony śluzowéj odbytnicy, jakotéż większą część tylnéj ściany pochwy. Po włożeniu wziernika rynienkowatego i drewnianéj szpatułki udało się odsłonić dolny koniec guza. Odpowiednio do najbardziéj wystającéj części obrzęku okroiłem kolisto w rozciągłości mniéj więcéj dłoni część błony śluzowéj, która wraz z obrzękiem miała być oddaloną, a nadto poprowadziłem dwa krótkie cięcia ku górze przez osłonę obrzęku. Teraz zacząłem zwykłym sposobem wyłuszczać obrzęk ze ściany macicy. Częścią ręką, częścią tępemi narzędziami lub z pomocą nożyczek posuwałem się między guz a jego torebkę, pociągając równocześnie obrzęk w kleszcze ku dołowi. Była to ciężka robota. Każdy, kto raz wyłuszczał większy włókniak z pochwy, wie dobrze, z jakiemi trzeba walczyć trudnościami: kleszcze wbite w obrzęk wyrywają się, lub odrywa się dolna część guza Im wyżéj się dochodzi, tém mozolniejszą jest praca. W naszym téż przypadku udało się mocno surowiczo obrzękły guz wydobyć tylko w kawałkach. W końcu musiałem całą ręką wejść do jamy i wyłuszczać obrzęk, jak przy odklejaniu łożyska. Do ukończenia téj sprawy potrzeba było prawie godziny czasu, tylko górna część mięśniaka pozostawała z opisanym wyżéj guzem podsurowiczym w tak ścisłym związku, że wyłuszczenie jéj tępemi narzędziami było niepodobne. Gdybym był teraz przerwał operacyję, musiałaby pozostać w jamie macicy część guza oddzielona już ze swych połączeń, a byłobyto najniebezpieczniejszém powikłaniem operacyi. Aby więc tego uniknąć, wynicowałem dno macicy, pociągając za podstawę obrzęku i tym sposobem udało mi się ściągnąć tę część aż przed szparę sromową.

Teraz próbowałem oddzielić za pomocą nożyczek i noża zasadę mięśniaka śródściennego z jądrem guza podotrzewnowego, która, jak się to teraz pokazało, w jak najściślejszym z nim pozostawała związku. Jednak i to nie dało się wykonać. Postanowiłem więc wyciąć pozostałą część obrzęku razem z guzem całym podotrzewnowym i odpowiednią częścią ściany macicy i zeszyć natychmiast powstałą przez to ranę otrzewny. Cięcie poprowadzone przypadkowo aż do otrzewny przy poprzednich usiłowaniach wyłuszczenia obrzęku służyło mi jako punkt wyjścia. Zaczynając więc ztąd wyciąłem cały guz i natychmiast po oddaleniu go zespoiłem ranę w otrzewnie szwami z katgutu chromowego. Cały ten zabieg odbył się na wynicowanéj wiotkiéj ścianie macicy bez szczególnych trudności. Jelita wcale się nie pokazały. Rana w otrzewnie zamknięta 12—15 szwami była blisko na 10 cm. długa. Teraz wypłukano raz jeszcze całą jamę rany i jamę macicy 3% rozczynem karbolu, część otrzewny zaszytą przysypano lekko proszkiem jodoformowym, dno macicy odprowadzono w prawidłowe położenie, a w pozostałą po wyjęciu nowotworu wielką jamę włożono 3 paski gazy jodoformowéj szerokie na 5 palców i 3 sączki grubości małego palca. Wreszcie zespojono tylną ścianę pochwy i międzykrocze katgutem chromowym i dwoma szwami płytkowemi.

Cała operacyja trwała blisko 2 godziny; krwotok w porównaniu do ważności zabiegu operacyjnego był nie zbyt znaczny, najbardziéj jeszcze krwawiły ostatnie cięcia przez ściany macicy, jednak natychmiast założony szew wystarczył do zatamowania krwotoku. (C. d. n.)

Z kliniki okulistycznéj prof. Dra Rydla.

Przyczynek do nauki o zależności chorób oczu u kobiet od chorób narządu płciowego.

Napisał Dr. Machek.

(Dokończenie. Patrz Nr. 1).

Dalsze badanie stanu zdrowia choréj miało wykazać przyczynę ciężkich zmian w oczach. Chora dobrze zbudowana, blada, miernie odżywiona. W organizmie żadnych zmian chorobowych wykazać nie można, oprócz objawów miernéj niedokrewności. Prof. Rosner badał chorą 15go listopada i stwierdził, iż nie ma żadnych śladów przebytéj lub odziedziczonéj kiły. Również badał chorą Dr. Mars a rozpoznanie brzmiało: *Anaemia et amenorrhoea*.

Z wywiadów wynika, iż chora, dzieckiem będąc, nigdy nie chorowała. Przed dwoma laty pierwszy raz miesiączkowała. Czuła się wtenczas bardzo chorą i miała równocześnie zaczerwienione oko prawe, które łzawiło i bolało przez dni kilka. Po ustąpieniu zaczerwienienia chora stwierdziła, iż prawém okiem gorzéj widziała niż lewém. Przed półtora rokiem chora leżała kilka dni w szpitalu św. Łazarza, z powodu otarcia nogi od trzewika. Obecnie w miejscu tém nie ma blizny lub innych śladów choroby. Od 6 miesięcy nie miesiączkuje, odtąd czuje się często chorą, na co jednakże nie zważa. Silniejszych bolów głowy lub bolów w krzyżach nie doznawała. Od 2ch tygodni gorzéj widzi.

Po przyjęciu do kliniki zalecono choréj żelazo i odżywiano ją jak najlepiéj. Chora ma dobry apetyt i wypija dziennie 2 kieliszki starego wina. 26 listopada wykazuje badanie, iż oko prawe ma tylko 5/60, a lewe 6/24 prawidłowéj bystrości wzroku. W obec pogorszenia wzroku i w obec niebezpieczeństw, któremi groziła choroba siatkówki i naczyniówki, zalecił prof. Rydel wcierania szaréj maści 3·0gm. dziennie, płukanie ust itd. Dnia 2go grudnia badano wzrok i znaleziono stan jak przed wcieraniami. Dnia następnego pojawiła się miesiączka, wcierania przerwano. 5go grudnia badanie wzroku wykazało na oku prawém V 6/24, na lewém zaś V 6/12 z wyjątkiem dwóch liter. 27 grudnia wzrok taki sam jak piątego. 28go tegoż miesiąca, kiedy chora zrobiła już 24 wcierań, pojawiła się znów miesiączka; wcierania przerwano. 3 stycznia chora do badania wzroku do sali badań wprowadzona podaje sama, iż po miesiączce lepiéj widzi. Badanie istotnie wykazuje znaczną poprawę wzroku. Na prawém oku V 6/18, na lewém 6/9. Dnia 8go stycznia badanie wziernikowe wykazało: Tarcze nerwów wzrokowych nie są obrzmiałe, lecz silnie zaczerwienione, brzegi tarczy lekko przesłonięte, szczególnie od góry i od dołu, naczynia żylne grubsze i miernie pokręcone, tak jak w czasie przyjęcia choréj. Plamy na obwodzie znacznie się powiększyły, niektóre z większych otacza obwódka barwikowa, a przez jednę z nich przebiega naczynie siatkówkowe. Zalecono *Kali jodatum* 8 na 200, któryto lek chora w kilka dni z powodu wystąpienia *acne jodata* zażywać zaprzestała. 25go stycznia znalazłem bystrość wzroku taką, jaka była 3go stycznia. Na drugi dzień pojawiła się miesiączka. Na prawém oku V 6/6, lecz chora nie czyta wszystkich liter, widocznie tylko z powodu złogów barwika na przodowéj torebce, na lewém oku V 6/6. Każdém okiem z osobna czyta numer pierwszy skali druków Jaegera, lewém płynniéj niż prawém. Wziernik pomimo to wykazuje silniejsze zaćmienie siatkówki w pewném oddaleniu od tarczy nerwu wzrokowego. Z tego powodu zalecono dalsze wcierania szaréj maści. W następnych 16 dniach wtarto 30 gram. szaréj maści, wszystkiego zaś zrobiono 34 wcierań. Chora bardzo dobrze wygląda, przytyła i ma dobry apetyt; w czasie przybycia choréj do kliniki były błony śluzowe warg i spojówek blade, obecnie zaś są prawidłowo różowe. Celem przyspieszenia wessania wypocin w naczyniówce zalecono w lutym podskórne wstrzykiwania pilokarpinu. Leku tego chora nie znosiła. Już 5 miligramów sprowadziło silne wymioty. Z dwudniowemi przerwami wstrzyknięto w następnych dziesięciu dniach pięć razy małe dawki pilokarpinu, które chorą widocznie osłabiały. Z tego powodu zaniechano dalszych wstrzykiwań. 25 lutego miesiączkowała. Od 1go marca zażywała znowu jodek potasu. Dla dalszéj obserwacyi zatrzymano chorą w klinice przez cały marzec. Obraz wziernikowy pomimo poprawy bystrości wzroku, występującéj po każdorazowém pojawieniu się miesiączki, dotąd prawie się nie zmieniał, a w styczniu wykazać nawet było można silniejsze zaćmienie siatkówki. W przeciągu miesiąca marca można było wykazać dość rażnie po sobie następujące zmiany wziernikowe. Naprzód ustąpiło zaćmienie siatkówki, które wzdłuż naczyń i w pewném oddaleniu od nerwów wzrokowych już podczas leczenia w klinice było wystąpiło; późniéj pewna część drobnych, blado-żółtawych wypocin naczyniówkowych uległa wessaniu, skutkiem czego w jednéj części naczyniówki nie pozostał nawet ślad przebytego zapalenia naczyniówkowego, w innych zaś miejscach widać było tylko lekkie poprzesuwanie przybłonka barwikowego, skutkiem czego naczyniówka wykazywała ciemne smugi, utraciwszy jednostajny czerwony odblask, który prawidłowo utrzymanéj powierzchownéj warstwie przybłonka barwikowego zawdzięcza. W tych jednak miejscach, w których się większe blado żółtawe

plamki znajdowały, nastąpił częściowy lub zupełny zanik naczyniówki, tak iż teraz albo biała twardówka przeświecała albo także pojedyncze jeszcze naczynia naczyniówkowe wykazać było można. Większą część tych białych plamek otaczają złogi barwika tworząc dość szerokie pierścieniowate lub półksiężycowate czarne obwódki. Żyły siatkówkowe zdają się być co do grubości prawidłowemi, powstało tylko lekkie pokręcenie.

Po czteromiesięcznym pobycie wyszła chora z kliniki z prawidłową bystrością wzroku; jest dobrze odżywioną, wygląda rumiano i czuje się zdrową. Stan oczu był następujący: Spojówki blado-różowe, spojówka gałek ocznych prawidłowa, naczynia rzęskowe nie są nastrzykane. Stan tęczówki jak w chwili przyjęcia. Środki łamiące czyste. Tarcze nerwów wzrokowych blado-różowe, dobrze odgraniczone; żyły siatkówki nie są grubsze, w siatkówce nie ma nigdzie żadnych zaćmień, w naczyniówce widać na obwodzie białe plamki wielkości małej główki od szpilki (obraz odwrotny) i mniejsze, po większéj części otoczone obwódką barwikową. Wypocin w naczyniówce wykryć nie można.

Do powyżéj przytoczonéj ciekawéj historyi choroby muszę jeszcze dołączyć kilka uwag. Tak ciężkie i głębokie zmiany, jak zapalenie nerwu wzrokowego, siatkówki i naczyniówki nie występują zazwyczaj bez skaz ustrojowych lub innych ciężkich chorób. W naszym przypadku wystąpienie zmian chorobowych w oczach poprzedziło kilkomiesięczne zatrzymanie miesiączki, a z pojawieniem się téjże nastąpiła poprawa bystrości wzroku a wreszcie wyleczenie. Innych skaz, które, jak np. kiła, mogą sprowadzić podobne choroby oczu, nie można było wykazać. Sądzę więc, że z tego już powodu w tym przypadku nie można zaprzeczyć istnieniu związku pomiędzy chorobą oczu i zatrzymaniem miesiączki. Anatomicznie zaś związek i zależność tę wytłumaczyć można napływem krwi i powtarzającém się przekrwieniem naczyniówki i nerwu wzrokowego. Nawały zaś krwi do narządów, niepozostających zresztą w związku z macicą u kobiet chorych na zatrzymanie miesiączki, są dostatecznie stwierdzone.

Za przeniesieniem się choroby z macicy do oka lub jego ośrodków nerwowych w rozumieniu Moorena, niejako *per continuitatem,* w naszym przypadku nic nie przemawia. Objawów przekrwienia rdzenia pacierzowego wykazać nie było można. Za powstaniem zaś choroby skutkiem napływu krwi i częściéj powtarzającego się przekrwienia przemawia jeszcze jedna okoliczność. Po każdorazowém pojawieniu się miesiączki bystrość wzroku się poprawiała i to nawet w okresie choroby, w którym wziernikiem można było wykazać pogorszenie anatomiczne stanu oczu. I tak w styczniu, jak wyżéj wspomnieliśmy, wystąpiło w obu oczach zapalenie siatkówki, którego podczas przyjęcia nie było a przecież bystrość wzroku się poprawiła. Taką poprawę bystrości wzroku, mimo wzmagających się lub nieustępujących zmian anatomiczno-patologicznych, wytłumaczyć chyba tylko można uregulowaniem krążenia i powrotem naczyń do stanu prawidłowego. W naszym przypadku tłumaczenie to licuje ze stanem rzeczy tém lepiéj, ile że upośledzenie bystrości widzenia ukośnego przy zmianach chorobowych w pewném oddaleniu od plamki żółtéj się znajdujących powstać może tylko skutkiem zaburzeń w krążeniu, względnie skutkiem nieprawidłowego odżywiania plamki żółtéj. Zatrzymanie miesiączki nietylko sprowadza napływ krwi do różnych części ciała, lecz i naczynia ulegają podczas fizyjologicznych spraw dojrzewania jaja pewnemu zadrażnieniu. Jak wiadomo Scanzoni oparł na tém spostrzeżeniu swoją teoryję o miesiączce zastępczéj. Z powrotem miesiączki, a więc z ustąpieniem przyczyny, ustąpiła u naszéj choréj także choroba oczu. Wcierania szaréj maści, jodek potasu i dobre odżywianie przyczyniły się niewątpliwie do wessania wypocin i przywrócenia stanu prawidłowego.

Odpowiedziećby wreszcie należało na pytanie skutkiem jakich wpływów leczniczych pojawiła się miesiączka od 6 miesięcy zatrzymana. Prawdopodobnie skutkiem zażywania środków żelezistych, a bardziéj jeszcze skutkiem korzystnych warunków, w jakich się chora w klinice znalazła, a mianowicie bardzo posilnego i dobrego odżywiania. Wcierania mogłyby wpłynąć na pojawienie się miesiączki, gdyby niedokrewność była skutkiem skazy kiłowéj, która leczenie swoiste usuwa. Za tém jednakże nic nie przemawiało. Wcierania powinnyby były raczéj chorą osłabić aniżeli do poprawy odżywienia się przyczynić, a tymczasem, jak wspomnieliśmy, wyglądanie choréj poprawiało się z każdym tygodniem. Okoliczność ta jednak, zdaniem mojém, za tém tylko przemawia, że chociaż chorzy nie cierpią na kiłę, to mimo wcierań szaruchy tyć i dobrze wyglądać mogą, jeżeli się tylko dobrze odżywiają.

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Adamkiewicz: **Prawidłowa czynność mięśni, uważana jako skutek równowagi dwóch przeciwnych pobudzeń nerwowych, a bezład ruchowy i niedowład kurczowy mięśni, jako ostateczny skutek zwichnięcia téj równowagi.**

Na podstawie opisanego przypadku porażenia opuszkowego z zanikiem mięśni i przypadku udaru mozgowego u chorego na wiąd rdzenia pacierzowego wnosi autor, że każdy mięsień posiada w stanie prawidłowym pewien stopień napięcia, t. j. stałego od woli niezależnego pobudzenia nerwowego. To fizyjologiczne napięcie, którego wyrazem są odruchy ścięgniste, jest pośrednim stanem między chorobowém naprężeniem a zwątleniem mięśnia.

Z okoliczności, że w zniszczeniu tylnych powrózków rdzenia pacierzowego zwątla się układ mięśniowy (nadzwyczaj łatwa poruszalność we wszystkich stawach odnóg, brak odruchów ścięgnistych), podczas gdy w zniszczeniu tylnych bocznych powrózków układ mięśniowy zostaje w stanie nieprawidłowego naprężenia (kurcze mięśni, odruchy ścięgniste spotęgowane) wnosi daléj autor, że napięcie fizyjologiczne mięśni zostaje pod wpływem dwóch pobudzeń nerwowych, działających na się przeciwniczo, a mianowicie: 1) pod wpływem pobudzenia, przechodzącego przez powrózki tylne, a utrzymującego owo napięcie i 2) pod wpływem pobudzenia, przechodzącego przez powrózki tylne boczne, a tamującego napięcie mięśni.

Następnie zestawia autor zboczenia ruchowe w zwyrodnieniu tylnych powrózków i w zwyrodnieniu tylnych bocznych powrózków. Bezład ruchowy w wiądzie rdzenia pacierzowego polega zdaniem autora: 1) na nadwerężeniu czucia mięśniowego, (które chorzy usiłują zastąpić wzrokiem) i ztąd wynikłéj niezdolności kojarzenia ruchów i 2) na braku zdolności miarkowania tychże, co istnieje nawet po usunięciu braku zdolności kojarzenia ruchów, chorzy bowiem ruchami swemi przekraczają cel zamierzony, mijają przedmioty, które chcieli uchwycić, a idąc nie mogą nastarczyć nogom, które

wolę niejako wyprzedzają, gdyż wola takiego chorego jakkolwiek pobudza mięśnie jego w sposób prawidłowy, nie może jednak przeszkodzić, żeby ruch prawidłowo pobudzony nie przekroczył zamiaru woli w sposób nieprawidłowy.

Przeciwnie zachowują się zboczenia ruchowe w zwyrodnieniu tylnych bocznych powrózków. Tu ruchy są ograniczone, ciągłemi przestankami przerywane tak, że się wydaje, jak gdyby je jakaś niewidzialna siła gwałtem zatrzymywała; chód takich chorych jest powłóczysty, sztywny i z ogromném wysileniem się odbywający tak, że zdaje się, jak gdyby nogom trudno było nastarczyć woli.

Z zestawienia tego wysnuwa autor wniosek: 1) że jeżeli przy prawidłowej podniecie woli ruchy mięśni są czynne w sposób nadmierny, gdy tylne powrózki są zwyrodniałe, to zadaniem tychże w stanie zdrowia jest tamowanie ruchów pobudzonych przez wolę i 2) że, jeżeli przy prawidłowej podniecie ze strony woli ruchy są powstrzymywane, gdy tylne boczne powrózki są zwyrodniałe, to ich zadanie polegać musi w fizyjologicznych warunkach na przeciwdziałaniu i zrównoważaniu wpływu tamującego ruchy, pochodzącego od działania tylnych powrózków.

Z tego więc wynika, że prawidłowa czynność mięśni zostaje pod wpływem dwóch przeciwnych pobudzeń nerwowych, zostających jednak w równowadze ze sobą, podczas gdy bezład ruchowy i niedowład kurczowy mięśni jest skutkiem zwichnięcia téj równowagi. (Dok. nastąpi).

Ellinger: O jątrzniku i zawłoce.

Forsitan et haec meminisse juvabit.

Pomimo wszelkiego uznania, którego żaden lekarz nie odmawia postępom medycyny nowoczesnéj, żaden z nas nie może się oprzeć urokowi, jaki dla nas mają słowa „staréj szkoły“. Cenimy nie naukę lecz niezrównany dar obserwacyjny, który nas olśniewa i który ukazuje nam dawnych naszych poprzedników jako przyrodników w najidealniejszém słowa tego znaczeniu. Nie dziw tedy, że od czasu do czasu tak najznakomitsi przedstawiciele medycyny nowoczesnéj jak i *ecclesia militans*, lekarze praktyczni, wskazują młodszemu pokoleniu tradycyje dawne, przypominając, jak ongi głośny myśliciel o książkach wyrzekł, że żadna ze szkół lekarskich nie jest tak złą, iżby się z niéj czegoś pożytecznego nauczyć nie można było. Jednakowoż przecież potrzeba było nieco odwagi ze strony autora, kilkodziesięcioletniego praktyka, wychowanego w świetnych czasach szkoły Schönleina, aby odezwać się o jątrzniku i zawłoce w czasopiśmie, którego założycielem i dotychczasowym kierownikiem jest Virchow!

Na wstępie dotyka autor kilku słowy reformatorskiéj działalności naszego Dietla, który wyrugował z terapii zapalenia płuc upust krwi, zdaniem autora na niekorzyść chorych i lekarzy, którym wstyd było: „że poświęcili się zawodowi, który ich zmuszał do szarlataneryi, podczas gdy Dietl postępując iście konsekwentnie zamienił katedrę na krzesło burmistrzowskie“. Zbyt może jednostronny ten pogląd nie powinien nas zrażać od dalszego zapoznania się z autorem, który w przeciągu 33 lat mniéj więcéj 300—400 razy użył zawłoki lub jątrznika! Przyczynę opozycyi przeciw tym środkom leczniczym upatruje autor: 1) w braku tłumaczenia skutków, 2) w ogólném osłabieniu ustroju, sprowadzoném przez ropienie, 3) w bolesności rękoczynu, 4) w często wydarzających się chorobach przyrannych. Wszystkie te powody nie są wystarczające i nie powinny były pozbawić nas tak skutecznego środka, szczególniéj w chorobach przewłocznych. (W przytoczonych przez autora przyczynach nie możemy jednakowoż upatrywać powodu, dla czego porzucono zawłokę i jątrznik; dla leku nie wystarcza, jeżeli jest nieszkodliwym, korzyści powinny być widoczne). E. przytacza trzy przypadki wady sercowéj, gdzie stanowczo mógł się przekonać, że po zastósowaniu zawłoki w okolicy koniuszka serca przypady prawie całkowicie ustąpiły. Gdy jednakowoż chorzy czując się już zupełnie zdrowymi niedbali o zawłoki a rana się zagoiła, ulegli w krótkim czasie następstwom wady sercowéj. Toż samo dotyczy dwóch chorych z objawami choroby narządu wzrokowego. Skuteczność tych środków leczniczych jest dla autora niewątpliwą, a jeżeli w istocie może się poszczycić większym szeregiem podobnych przypadków, jak cztery opisane przypadki, to rzeczywiście można mu powinszować. Autor upatruje w swych środkach znaczny wpływ moralny na usposobienie chorego. Ma to być ciągłe *memento mori*, zalecające pacyjentowi oględny sposób życia. Głównym wszelako momentem jest wpływ bezpośredni na ustrój. Codzienne doświadczenie poucza, jak znaczna ilość szkodliwych czynników wywiera wpływ swój zgubny na ustrój przez pośrednictwo skóry. Codziennie używamy większych lub mniejszych powierzchni skóry dla zadziałania na wewnętrzne narządy, czemużby rana ropiejąca takiego wpływu nie mogła wywrzeć. Nikt nie twierdzi, że „wrzód taki bezpośrednio niedomykalność zastawki usunie, przypuścić wszelako można, że przez wsunięcie w ustrój takiego narządu wydzielniczego można zapobiedz nawałom krwi do narządów szlachetnych i wynikającéj ztąd dezorganizacyi; że będzie można przeszkodzić wśród przewłocznych zapaleń płucnych rozwojowi zgubnych wciąż wznawiających się spraw zapalnych z wytwarzaniem jadu gruźliczego i postępującemu zakażeniu własnego ustroju“. Autor przyznaje, że lekarz spodziewający się skutków pomyślnych po przewiązce kompromituje się dziś w obec opinii kolegów. Pomimo tego zachęca do naśladownictwa gorącemi słowy, z których widnieje szlachetna chęć, „i spodziewa się, że przez to uratuje się niejedno życie ludzkie“. Wdawać się w krytykę wartości leczniczéj zawłoki nie myślimy.

Relata refero. Podaliśmy szczegóły powyższe jako *curiosum* zostawiając ich ocenę sądowi publicznemu. Jeżeli je twórca patologii celularnéj uznał za godne dla swego archiwum, to możemy się spodziewać względności ze strony czytelnika Przeglądu. (*Virch. Arch.* T. 89, Zesz. 1). *Dr. Pisek.*

IV. W dwóchsetną rocznicę próby płucnéj.

(Urywek z pracy większéj).

Napisał L. Blumenstok.

Interdum negligunt viri experimenta, quidam jurarunt in verba Magistri, caeteri suae inhaerent opinioni et Neotericos non evolvunt.

Schreyer.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 1).

Ustawa karna Karola V, będąca podówczas podstawą dla dochodzeń karnosądowych w Niemczech, mieściła w sobie przepisy istnie drakońskie nie tylko dla dzieciobójczyń, lecz w ogóle dla kobiet tajemnie rodzących. Art. 131 bowiem ustawy téj orzekał, że kobietę, która dziecko swoje żyjące i członkowane życia pozbawia potajemnie i złośliwie, należy ukarać przez zakopanie żywcem lub wbicie na pal; wprawdzie zezwala prawodawca, aby „celem zapobieżenia

rozpaczy,“ karę tę złagodzono i zamieniono na karę śmierci przez utopienie, gdzie egzekucyja tego rodzaju da się wykonać,—jednak dodaje, że tam, gdzie zbrodnia dzieciobójstwa zdarza się często, celem rzucenia postrachu można stósować i karę przez zakopanie lub wbicie na pal, albo przynajmniéj należy winowajczynię przed utopieniem szarpać kleszczami rozżarzonemi. Na myśl o tych karach barbarzyńskich jeżą się włosy, zwłaszcza gdy równocześnie przypominamy sobie, w jaki sposób brutalny zmuszano obwinione do przyznania się do czynu, którego może wcale nie popełniły były. Wprawdzie ustawa przypuszczała także możebność, że dziecko urodziło się nieżywém, a na takiém przecież dzieciobójstwa dopuszczać się nie można; ale nakładała ona na kobiety, twierdzące, że dziecko było nieżywém, obowiązek dostarczania dowodu niewinności swéj za pomocą świadectw pewnych; jeżeli takich dowodów kobiety dostarczać nie zdołały, nie znajdowały wiary, „bo wymówkami każda winowajczyni posługiwać się może.“ Nie dosyć na tém! „Jeżeli kobieta potajemnie brzemienna jest dziecięciem żywém i uczłonkowaném, jeżeli nadto umyślnie, sama i bez cudzéj pomocy rodzi, wtedy istnieje silne podejrzenie, że przez zabicie dziecka przed porodem lub po takowym zamierzyła zataić lekkomyślność swoją.“ Jeżeli czynu uporczywie się wypiera, a nie jest w stanie dostarczyć dowodów pewnych, wtedy na torturach należy zmusić ją do przyznania się, a w takim razie karać ją śmiercią. W obec kobiety więc, która nieślubnie w ciążę zaszedłszy po porodzie twierdziła, że dziecko urodziło się martwém, istniało z góry domniemanie (*praesumptio*), że dziecko zgładziła, jeżeli prawnemi dowodami nie zdołała wykazać, że dziecko w rzeczy saméj było nieżywém. A jakim sposobem kobieta zdobyć się mogła na dostarczenie tych dowodów pewnych, skoro rodziła potajemnie? Całą grozę położenia ówczesnych obwinionych zrozumiemy dopiero, jeżeli sobie przypomnimy, że obecnie wolno obwinionéj wcale nie tłumaczyć się, bo dostarczenie dowodu winy jest zadaniem i obowiązkiem oskarżyciela, a nie oskarżonéj.

Bystry umysł młodego obrońcy praw ludzkości pojął snać odrazu, że orzeczenie Schreyera sprowadzi na nowe tory postępowanie przeciw kobietom o dzieciobójstwo posądzonym, skoro owego pewnego świadectwa, którego wymagało prawodawstwo, dostarczyć zdoła w sposób wymowny nieme i martwe ciało noworodka. Podjąwszy się raz obrony przystępuje do niéj z całą rozwagą a przedewszystkiém usiłuje sprawdzić, czy zdanie Schreyera jest uzasadnioném w ogóle, i czy jest słuszném w przypadku danym.

Mieszkając wówczas w Lipsku poddaje pytanie pierwsze, ogólnikowe, pod roztrząsanie dwóch profesorów Wydziału lek., a mianowicie Augusta Kwiryna Rivina i Krystyjana Jana Lange'go [1]). Na zapytanie jego, czy jest rzeczą pewną, iż dziecko nie żyło pozamacicznie, jeżeli płuca jego, rzucone do wody, w niéj toną,—odpowiadają ci dwaj uczeni d. 10 listopada 1683 r. twierdząco, powołując się również na Raygera. Dowodzą oni, że płuca, które oddychały, utrzymują się nad zwierciadłem wody, zarówno jak każdy inny pęcherz powietrzem napełniony; że natomiast płuca nie oddychają, dopóki płód znajduje się w macicy, ponieważ w błonie owodnéj znajduje się tylko płyn a nie powietrze, ponieważ klatka piersiowa płodu w macicy nie rozszerza się, a wreszcie wymieniają powód trzeci, teleologiczny. „*Hätte sich die Natur vergeblich bemühet, und sowohl das* „*foramen ovale, als auch anastomosin arteriosam in embry*„*one formiret, damit das Geblüte die Lungen vorbey gehen* „*könne, und durch selbige nicht dürffe circuliret werden, wenn* „*die Lungen durch die respiration expandiret, die ordentliche* „*circulationem sanguinis zuliessen.*“

W 8 miesięcy późniéj Thomasiusz jeszcze raz zasięga zdania powyższych dwóch uczonych co do okoliczności, czy rozkrajane płuca dziecka martwo urodzonego również nie pływają; twierdzono bowiem, że próba Schreyera niczego nie dowodzi, ponieważ płuca całe rzucił był do wody. Na to w d. 18 lipca 1684 odpowiadają zapytani, że jakkolwiek pierwsze ich orzeczenie odnosi się i do téj okoliczności, to jednak dla większéj pewności uskutecznili rozmaite doświadczenia za pomocą płuc branych z cieląt, żywo urodzonych, z których jedne zakopali w ziemi, inne we wodzie, inne wreszcie na powietrzu przechowywali aż do czasu, gdy gnić poczęły, a wtedy przekonali się, że wszystkie, tak w całości jakoteż pokrajane pływały w wodzie jak poprzednio, gdy jeszcze były świeżemi. Ztąd wnoszą, że gdy płuca, które raz oddychały, nie toną nawet wtedy, gdy zgnilizną są zajęte, że jeżeli płuca dziecka, całe lub pokrajane, toną, pochodzić to może ztąd tylko, że dziecko urodziło się martwém.

Schreyer tak był uradowany temi orzeczeniami profesorów lipskich, iż winszował sobie, że wypowiedział prawdę, i że w ojczyźnie swojéj wpłynął na to, aby uczeni silili się o wytłumaczenie przyczyny pływania i opadania płuc we wodzie za pomocą doświadczeń.

Nabrawszy przekonania, że twierdzenie Schreyera jest słusznem w zasadzie, poddał Thomasiusz przypadek szczegółowy, o który się rozchodziło, pod ocenę Wydziału lekarskiego uniwersytetu we Frankfurcie nad Odrą. Teraz dopiero dowiadujemy się o szczegółach przypadku samego. Otóż jak rzecz przedstawia Thomasiusz:

„Najstarsza, 15-letnia córka poczciwca, mieszkającego w pobliżu Pegawy [1]), zapłodnioną została przez parobka domowego; nieznając, jak podaje, stanu swego, ani matce, ani nikomu innemu nie zwierza się, przypuszczając, że ponieważ i tak często cierpi na zatrzymanie miesiączki, i tym razem miesiączka się zatrzymała, zwłaszcza, gdy parobek ją uspokajał, że jéj (spółkowanie) nie zaszkodzi, i że on już z wieloma dziewkami miał do czynienia.

„Gdy tedy poród się zbliża, a matki nie było w domu, dziewczyna kładzie się wczas do łóżka, lecz izdebki nie zamyka; za pojawieniem się bólów porodowych, których znaczenia nie pojmuje, zaczyna szlochać, a wtedy kucharka nieproszona wchodzi do izdebki; lecz wnet wraca, aby na żądanie rodzącéj posłać mleczarkę; od niéj rodząca żąda, aby jéj radziła przeciw boleściom miesiączkowym, którémi bóle być mieniła, i pozwala sobie brzuch obmacać, lecz i ta wychodzi pozostawiając u rodzącéj tylko dziewkę 14-letnią; ostatnia pozostaje przy niéj nieprzerwanie aż do godziny 12-téj w nocy, to jest aż do powrotu gospodyni. Matka niewiedząc zrazu nic o chorobie córki pozostaje przez chwilę w swoim

[1]) Augustus Quirinus Rivinus † 1723 liczył wówczas lat 31; był on znakomitym botanikiem i w 27 roku życia wsławił się odkryciem przewodów ślinianek podjęzykowych; drugi znawca prof. Lange mniéj jest znany.

[1]) Obrońca nie podaje nazwiska obwinionéj; mniéj względnym jest prof. Bohn, który w obydwóch swych dziełach sądowolekarskich (*De renunciatione vulnerum*, Lipsae 1701, pag. 177 i *De officio medici duplici, clinici nimirum et forensis*, Lipsae 1704, pag. 670) o téj sprawie wspomina; dowiadujemy się bowiem z tych dzieł, że obwiniona nazywała się: Anna Voigt.

pokoju i rozbiera się; gdy jednak przed udaniem się na spoczynek przechodzi koło izdebki córki i słyszy jéj kwilenie, wstępuje do niéj; ale zanim do udzielenia pomocy przygotować się może, córka rodzi dziecko, o którém obie podają, że przyszło na świat nieżywém. Matka odłącza dziecko i zakopuje je w przyległym ogródku; czeladź domyśla się przypadku, a w kilka dni potém kucharka bierze rożen i zaczyna szukać dziecka w ziemi, wydobywa je, i tym sposobem donosi się władzy w Zeitz o zdarzeniu, w skutek czego dziecko zabierają i poddają sekcyi. Lekarze znajdują na ciele dziecięcia przeszło ran jedenaście, z których jedne przeszywające, a drugie nie, trzy najniebezpieczniejsze jednak przeszywały gardło, żołądek i wątrobę. W skutek tego zarządzono śledztwo przeciw córce i matce o dzieciobójstwo (*de infanticidio*), i jakkolwiek w aktach nie masz zeznań świadków, mogących obciążać obwinione, to przecież istnieją przeciw nim dwa poszlaki: raz, że na ciele dziecięcia tyle ran znaleziono, a powtóre domniemanie prawne" (o którém wyżéj była mowa).

„Co do 1go poszlaku podsądna wykazała w obronie niewinność swoją, ponieważ nie tylko kucharka przyznała, że dziecka szukała w ziemi za pomocą rożna, że takowy wielokrotnie w ziemię wbijała, że więc rany owe w ciele dziecięcém uskutecznić mogła, ale nadto obducenci, którym rożen, wprawdzie kilka tygodni późniéj, okazano, pod przysięgą orzekli, iż nie przypuszczają, jakoby dziecko zranione zostało rożnem za życia, ponieważ w tych ranach, pomimo że pomiędzy innemi i wątroba była obrażoną, ani kropli krwi skrzepłéj nie znaleźli, i że możebném jest, iż rany dziecięcia pochodzą od rożna, ponieważ postać pierwszych odpowiada postaci ostatniego.

„Poszlak zaś 2gi zamierza podsądna wykluczyć, ponieważ śród sekcyi jeden z lekarzy, p. Dr. Schreyer, fizyk miasta Zeitz, płuco dziecięcia martwego oddzielił od reszty ciała i rzucił do wody, poczém płuco natychmiast opadło na dno naczynia [1]).

„Wprawdzie nie tylko sam Dr. Schreyer i dwóch innych lekarzy lipskich są tego zdania, że to jest dowodem nieomylnym, *quod partus tempore editionis non vixerit*, lecz pokazuje się, że zdanie to mniéj więcéj podzielają i Dr. Rayger, Thruston, Swammerdam i Bartholin; ponieważ atoli w takich przypadkach pożądane są zazwyczaj zdania całych wydziałów, więc potrzebném jest *responsum Facultatis medicae* na 2 następujące pytania:

1) *An indicium certum, aut NB. valde probabile sit, partum ante exitum ex utero materno fuisse extinctum, si ejus pulmones submergantur in aqua?*

2) *An non in praesenti casu propter reliquas circumstantias huic junctas praesumendum sit, infantem in utero extinctum fuisse?*

Załączając wywód Schreyera, obie odpowiedzi wspomnionych wyżéj profesorów lipskich [1]) i wypisy z dzieł Raygera, Thrustona, Swammerdama i Bartholina dodaje w końcu Thomasiusz, że mleczarka zeznała pod przysięgą, iż macając brzuch podsądnéj przed porodem nie czuła żadnych w nim ruchów, oraz że inna służąca zeznała pod przysięgą, jako obwiniona na kilka dni przed porodem upadła i tak silnie uderzyła się o próg, że z przerażenia słowa wymówić nie mogła [2])

Wydział lekarski w Frankfurcie n./O na zapytania te odpowiedział d. 4 stycznia 1684 r. Aby dać wyobrażenie o formie i stylu ówczesnych orzeczeń wydziałowych, przytoczymy wstęp odpowiedzi:

„*P. P. Als uns derselbe einen casum N. N. und ihre Mutter betreffend, welche eines infanticidii beschuldigt werden, nebenst etlichen Beylagen zugefertiget, und unser responsum, über die beyde darinnen proponirte Fragen, cum rationibus decidendi et dubitandi bittlich begehret.*

Demnach haben wir, Decanus, Senior, Doctores und Professores der medicinischen Facultaet der Churfürstl. Brandenburgischen Universität zu Franckfurt an der Oder sothane quaestiones fleissig erwogen, und geben Ihme hiermit unsere Meynung davon wohl-bedächtig dergestalt zu vernehmen.

Wenn gefraget wird? (powtórzenie powyższego pytania 1go) *Antworten wir affirmative, also dass wir sagen: Est valde imo maxime probabile indicium, partum ante exitum ex utero materno fuisse extinctum. si ejus pulmones submergantur in aqua und dieses darum!*"

W uzasadnieniu téj odpowiedzi ogólnikowéj Wydział powołuje się na powagi przez Schreyera przytoczone, które uznaje za dające należytą rękojmię, oraz na własne spostrzeżenia, a wspominając i o zdaniach przeciwnych, które już wtedy się odzywały, zbija je uwagą, że nie przeciwstawiono *experimentum experimento*.

I na 2gie pytanie szczegółowe odpowiada Wydział twierdząco: „*Denn über dem, dass ex Actis erhellet, es sey die Lunge des todten Kindes. als sie Herr Dr. Schreyer, Stadt-Physicus zu Zeitz, bei der section separiret, und ins Wasser (massen er Zweifels frey eine sattsame quantität wird adhibiret haben [1]) geworffen, untergesuncken, machen den Untergang des Kindes im Mutter-Leibe sehr probabel:*" tu następują okoliczności przemawiające za urodzeniem się dzie-

[1]) Mende, jeden z najlepszych historyków sądowolekarskich, podaje w dziele swém (*Ausführl. Handb. d. gerichtl. Medicin*, Leipzig 1819, tom I, str. 178), że Thomasiusz w jednéj z licznych swych rozpraw (*Gedanken u. Erz. über allerh. juristische Händel*) twierdzi, jakoby Dr. Schreyer o uskutecznionéj przez siebie w tym przypadku próbie płucnéj nie uczynił wzmianki w protokóle sekcyjnym, z obawy, że kolega jego (tj. fizyk pegawski Jerzy Wecker) nie podpisze protokółu, ponieważ rzecz wówczas była jeszcze nową. Mende wstrzymuje się od sądu, czy twierdzenie to Thomasiusza jest uzasadnionem lub nie; tém bardziéj my wstrzymać się musimy od sądu stanowczego, gdy owego dziełka Thomasiusza, które powołuje Mende, w Krakozn leść nie mogliśmy. Twierdzenie to Thomasiusza zdaje nam się atoli zagadkowém; prawdą jest, że Schreyer pisze tylko o sobie, a obrońca również powołuje się tylko na niego, ale ztąd wynikać się zdaje, że fizyk pegawski nie zgodził się na orzeczenie Schreyera. Ale skoro ostatni orzekł o wyniku proby płucnéj, musiała być wzmianka i w protokóle sekcyjnym, pomijając już okoliczność, że Wydział lekarski w Frankfurcie w orzeczeniu swojém wyraźnie wspomina, że z aktów wynika, iż S. uskutecznił próbą płucną, a akta te miał sobie właśnie przez Thomasiusza przesłane.

[1]) Tu zachodzi oczywista omyłka co do daty. Drugie orzeczenie Rivina i Lange'go wydane zostało d. 18 lipca 1684 r., orzeczenie zaś Wydziału lek. w Frankfurcie nosi datę 4 stycznia 1684 r. Jedna z dat zatém musi być błędną.

[2]) Spotykamy się tu już z wymówką, którą obecnie tak często posługują się kobiety obwinione o spędzenie płodu i dzieciobójstwo, że poronienie lub urodzenie się dziecięcia nieżywego było następstwem pracy ciężkiej lub upadnięcia.

[1]) Schreyer wyjaśnia w uwagach swoich, że płuco wycięte wrzucił do żłobka, napełnionego wodą („*Ego in vasculum, quo pro pabulo vaccarum utuntur villici, eine Kuhgelte, aqua repletum conjeci exsectum ex cadavere pulmonem, ipsumque hisce meis oculis subsidere conspexi*" p. 19).

cka martwego: 1) że podsądna na kilka dni przed porodem upadła, 2) że mleczarka nie czuła ruchów dziecięcia i 3) że poród był ciężki.

Podczas gdy Schreyer sądził, że po stwierdzeniu jego zdania i przez przesławny Wydział frankfurcki byłoby rzeczą zbyteczną, jeszcze daléj rozwodzić się nad kwestyją, zasięgnięto przecie zdania innego jeszcze Wydziału, a mianowicie wittenberskiego. Orzeczenia, o których dotąd była mowa, wystósowane są do „znakomitego praktyka J. U. Dra Thomasiusza,“ orzeczenie zaś Wydziału wittenberskiego adresowane jest do „p. Jana Joachima Rohta, zawiadowcy urzędu (*Amtmann)* obwodu lipskiego i w Lipsku,“ z czego wynika, że o zdanie tego Wydziału prosił już nie obrońca, lecz rząd lub sąd lipski. Orzeczenie Wydziału lek. w Wittenbergu, wydane d. 30 sierpnia 1684 r., jest pamiętném w historyi medycyny sądowéj i dlatego warto z niém zapoznać się bliżéj.

Otóż główne jego ustępy w tłumaczeniu z niemieckiego i z zachowaniem makaronizmów:

„Przeczytawszy akta pilnie i collegaliter po dojrzałéj rozwadze odpowiadamy co następuje: Wprawdzie nie mamy powodu do podania w wątpliwość doświadczeń przez pp. lekarzy przytoczonych, zwłaszcza gdy sami przed wielu laty przekonaliśmy się, że płuco tak płodu w 4tym miesiącu poronionego, jakotéż 6miesięcznego, a wreszcie dziecka śród porodu zmarłego, szybko we wodzie tonęło, co wielokrotnie późniéj spostrzegaliśmy na zwierzętach. Tak więc nie ubliżamy znaczeniu powodów przytoczonych, a co najwięcéj *gravitas pulmonum in utero* dałaby się i w ten sposób tłumaczyć, że *vesiculae pulmonum tempore formationis,* jak to się zdarza we wszystkich innych *excavatis partibus*, wypełnione są *muco*, aby *membranae* nie zrosły się, lecz zachowały należną *cavitatem*, który to *mucus*, jak podaje Borellus, za sprawą powietrza potém oddziela się.

„Nie jesteśmy także tego zdania, jakoby *propter putredinem* płuco, które raz oddychało, usposobioném zostało do tonienia, gdyż niepodobna przypuścić, aby wszystkie *vesiculae* tak się psowały, iżby wszystko powietrze uchodziło, chybaby nastąpiła *totalis resolutio mixti*, — z tych powodów chętnie wierzymy w doświadczenia przytoczone. L e c z n i e j e s t e ś m y z d a n i a, j a k o b y t o b y ł o *indubitatum universale argumentum*, k t ó r e b y z p e w n o ś c i ą z u p e ł n ą d o w o d z i ł o, ż e d z i e c k o u m r z e ć m u s i a ł o w ł o n i e m a c i e r z y ń s k i é m *ante partum.*

„*Ex praesuppositis* możnaby wprawdzie wnosić: jeżeli płuco w wodzie opada, wtedy ono nie wdychało jeszcze powietrza na świecie, ale ztąd nie wynika, że w łonie macierzyńskiém umrzeć musiało, ponieważ dziecko żywe można zgładzić, zanim oddychało, tak śród jako i po urodzeniu.

„Twierdzenie to polega na przypuszczeniu, że dziecko może przez czas pewien nie oddychając żyć poza łonem macierzyńskiém, tak jak w macicy, a dzieje się to w następujących razach:

1) Wszystkie akuszerki przyznać muszą, że częstokroć rodzą się dzieci, które się wprawdzie ruszają i mają tętno, lecz nie oddychają, w skutek czego tamte widzą się zmuszonemi wdmuchiwać powietrze; (dzieje się to wtedy), jeżeli krew lub woda w wielkiéj ilości wydobywa się z macicy i (dziecięciu) zatyka usta i nos, tak że ostatnie oddychać nie może, albo jeżeli płuca zawierają dużo śluzu, który wypełnia nos i usta, tak że powietrze przez nie wtargnąć nie może.

2) Jeżeli pępowina kilkakrotnie obwija się koło szyjki i niedopuszcza, aby dziecię oddychało, a wiadomo, że dużo dzieci z tego powodu ginie, jeżeli się szybko nie zaradzi.

3) Jeżeli dziecko *inverso modo* rodzi się *pedibus* naprzód, wtedy zdarza się często, że, jeżeli macica za nadto prędko ściśnie szyjkę, dziecko żywe i ruszające się zduszoném zostaje.

4) Nie ulega wątpliwości, że częstokroć rodzą się dzieci razem z *involucris* czyli *secundinis*, które *partus* Harvey nazywa wcale *naturales,* ponieważ *instar ovi* cały *conceptus* wykluczony zostaje. W tym przypadku nie ulega zaprzeczeniu, a potwierdzają to i akuszerki, że dziecko przez chwil kilka, zanim *secundinae* otwarte zostaną, *sine respiratione,* jak *in utero,* żyć może, zwłaszcza gdy *aër athmosphaericus* tak tu jak w macicy nie może dostać się przez błony grube, a nadto dziecko jeszcze pływa w swoim potoku; *rationes* te zazwyczaj przywodzą *contra respirationem foetus in utero*.

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Wiadomości statystyczne i ogolno-lekarskie.

□ W XIX zeszycie dziennika „*Statisticzeski Wremiennik*“ przytoczone są nader zajmujące cyfry o przypadkach nagłéj i gwałtownéj śmierci w Rosyi (bez Królestwa Polskiego) w ciągu pięciu lat (1870—1874). Ogólna liczba zmarłych tym sposobem wynosi 164.436 (78,6% mężczyzn i 21,4% kobiet). Co do rodzaju śmierci, to rzecz się tak przedstawia:

	w miastach	wsiach	razem
zamordowanych	1.613	10.052	11.663
samobójców	2.070	6.543	8.613
rażonych piorunem	109	1.261	2.270
uduszonych	1.473	07.78	11.251
zmarłych w ogniu	328	3.608	3.936
zaczadzonych	594	2.732	3.326
zjedzonych przez dzikie zwierzęta	38	326	394
umarłych z innych przypadków	3.178	16 231	19.409
z opilstwa	4.191	18.338	22.429
z nagłéj śmierci skończyło	10.405	34.013	54.418

(*Wracz* Nr. 50).

□ Znakomity literat rosyjski T u r g i e n i e w w odpowiedzi na list uczennic żeńskich kursów lekarskich w Petersburgu pisze: „Wszystko, co Rosyja posiada uczciwego, kochającego kraj, dążącego do prawidłowego i pokojowego postępu Rosyjan, tak w zakresie towarzyskim jak i prawnopaństwowym, przemawia za ustaleniem zakładów naukowych lekarskich dla kobiet w Rosyi.“ (*Gołos* Nr. 336). *Wracz* sądzi, że głos najstarszego i najsławniejszego przedstawiciela literatury rosyjskiéj zaważy na szali losów żeńskich kursów lekarskich w Rosyi, gdyż objawy zaciekłych działań przeciwników nie są rzadkie: w Odesie artysta Bibikow zamierzał dać koncert dla powiększenia funduszu zbieranego na ustalenie kursów lek. żeńskich, nie otrzymał jednak pozwolenia na ogłoszenie celu tego koncertu w afiszach i gazetach; kilku profesorów w Odesie zamierzało mieć odczyty na korzyść żeńskich lek. kursów, lecz nie otrzymali na to pozwolenia (*Golos* 335).

Ω **Berlin.** Na opróżnioną posadę po kierującym lekarzu szpitala dla nieulecznych kobiet Drze Mayerze rozpisano konkurs. Dotąd podało się nie mniéj niż 56 kandydatów — *signum temporis*, a otrzymał ją prof. E w a l d.

Cesarski Urząd zdrowia postanowił na przyszłéj tutejszéj wystawie higijenicznéj zbudować pawilon 12,5m. szeroki i tyleż długi. W pawilonie tym umieści Urząd zdrowia kilka pracowni, z których jednę przeznaczy dla badań nad chorobami zakaźnemi, drugą dla badań pokarmów i używek. Prócz tego w osobnéj sali będą wystawione różne przedmioty dotyczące ogólnéj higijeny.

Według sprawozdania z ostatniego posiedzenia tutejszego Towarzystwa chemicznego udało się chemikowi Emilowi Fischerowi otrzymać kofeinę i teobrominę z moczu i guana.

Ω **Bazyleja** § 81 o przymusie szczepienia został odrzuconym, mimo wprost przeciwnéj opinii lekarzy i wydziałów lekarskich.

Ω **Grecyja.** *Allg. med. Central Zeitung* podaje na podstawie innych gazet szczegóły niedouwierzenia, dotyczące higijeny w szpitalach greckich. „W Kentharos, w szpitalu wojskowym, istnieje od czasów ostatniéj epidemii stacyja dla chorych na ospę. Już od dłuższego czasu obiegały wieści, że w oddziale tym dzieją się okrucieństwa, że lekarze zupełnie zaniedbują chorych, mówiono nawet o kilku otruciach. „Proia“ opisała w obszernym artykule całe to postępowanie ze strony lekarzy. Natychmiast skutkiem nacisku opinii publicznéj zarządziło Ministeryjum śledztwo. Dochodzenie to wykazało, że przeszło 100 chorych na ospę leżało w ciasnéj sali, bez okna, jak śledzie w beczce skupieni, na siennikach ze zgniłą słomą. Lekarstw tym biedakom prawie nigdy nie podawano. Nawet umierającym częstokroć przez opieszałość odmawiano wszelkiego pocieszenia. Często zdarzało się, że umarli leżeli przez 48 godzin między żywymi. Krótko mówiąc, żadne pióro nie jest w stanie opisać stanu rzeczy, jaki komisyja rządowa w pomienionym szpitalu znalazła. Same dzienniki greckie przyznają, że nawet w najzacofańszych prowincyjach tureckich trudnoby było spotkać coś podobnego.

□ Na 1000 umierających przypada śmierci z suchot płucnych 114 w Londynie, 125 w Genewie, 128 w Buenos-Ajres, 134 w Szwecyi, 135 w Nowym Yorku, 140 w Filadelfii, 150 w Bostonie, 152 w Belgii, 168 w Brukseli, 168 w Rio Janeiro, 176 w Paryżu. *(Med Times)*.

□ Wykaz prefekta m. Paryża stwierdza wzrastającą ilość przypadków pomięszania zmysłów we Francyi. W początku bieżącego stulecia liczba umysłowo chorych wynosiła w Paryżu 946 osób; liczba ta w r. ubiegłym urosła do 8260; kiedy ludność Paryża w ciągu tego czasu zaledwo potroiła się, liczba chorych na umyśle zwiększyła się 9 razy.

S t a t y s t y k a e p i d e m i j. W tygodniu od 24—30 grudnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: 26,7. Z krztuśca umarło 1 (0 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.); z gorączki połogowéj 0 (1 z. t.); z kiły 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku ospy, 1 ospianki, 2 odry, 1 płonicy. W tygodniu od 17—23 grudnia ospa w Londynie złagodniała, umarło 3. W Petersburgu umarło z ospy 23, w Madrycie 24, w Granadzie 17, we Lwowie 16, w Paryżu 9, w Budapeszcie 6, w Warszawie 4. Ospa panowała w listopadzie w Walencyi, Barcelonie i Lizbonie na początku grudnia w Baltimore i Nowym Orleanie. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 84, leczyło się w szpitalach 893. W Aleksandryi umarło z duru brzusznego 15. Z duru osutkowego umarło w Wiedniu 2, w Petersburgu 5, w Madrycie 4. Czerwonka złagodniała w Aleksandryi. Błonica pojawia się częściéj w Tryjeście i Amsterdamie.

S t a t y s t y k a ś m i e r t e l n o ś c i. W tygodniu od 17—23 grudnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 25,2; we Lwowie 51,5; w Warszawie 29,9; w Poznaniu 25,2; w Wiedniu 25,0; w Budapeszcie 22,5; w Pradze 27,3; w Tryjeście 29,9; w Berlinie 21,9; w Wrocławiu 26,1; w Gdańsku 28,3; w Mnichowie 30,2; w Kolonii 22,0; w Dreźnie 21,0; w Lipsku 21,0; w Bazylei 18,7; w Brukseli 24,2; w Amsterdamie 26,3; w Hadze 32,0; w Paryżu 27,9; w Londynie 27,1; w Kopenhadze 23,5; w Stokholmie 21,1; w Chrystyjanii 20,6; w Petersburgu 24,4; w Odesie 30,2; w Rzymie 21,7; w Wenecyi 32,3; w Bukareszcie 30,7; w Madrycie 40,8; w Lizbonie 30,2; w Aleksandryi 45,6; w Nowym Yorku 23,5; w Filadelfii 21,7; w Bombayu 26,6; w Madrasie 33,3. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** 11 stycznia. W skutek wzmianki naszéj o niedogodności terminu, wyznaczonego na Zjazd IV lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu, oraz zapytania szan. kolegi K a c z o r o w s k i e g o o porę najodpowiedniejszą dla lekarzy i przyrodników galicyjskich, poruszyliśmy kwestyję tę na posiedzeniach Komitetu redakcyjnego i Tow. lekarskiego; następnie zastanowił się nad nią Komitet Tow. lek. zaprosiwszy na posiedzenie kilku przyrodników, a na podstawie wzajemnego porozumienia się wyrażono Wydziałowi gospodarczemu w Poznaniu życzenie, aby Zjazd mógł odbyć się w p i e r w s z é j p o ł o w i e w r z e ś n i a. Za tym terminem, jako najodpowiedniejszym dla lekarzy i przyrodników galicyjskich, oświadczyli się wszyscy; niektórzy zgodziliby się ewentualnie na Z i e l o n e Ś w i ą t k i. Radzibyśmy, aby Wydział gospodarczy mógł zgodzić się na zwołanie Zjazdu w pierwszéj połowie września, jako porę dla nas wszystkich najdogodniejszą; w każdym razie lekarze krakowscy, zachęceni przemówieniem prezesa Tow. lek. na ostatniém posiedzeniu, zapewne dołożą wszystkich starań, aby przyjść w pomoc kolegom poznańskim, a nie wątpimy, że za ich przykładem pójdą wszyscy lekarze i przyrodnicy galicyjscy.

* Na posiedzeniu swém z d. 4 bm. Rada m. Krakowa uchwaliła podwyższyć z d. 1 bm. i r. płacę fizyka miejskiego do wysokości zła. 1800 i 200 złr. dodatku służbowego, daléj płacę każdego z trzech lekarzy obwodowych i weterynarza miejskiego do zła. 800 i 200 zła. dodatku służbowego. Wreszcie Rada jednomyślnie zgodziła się na wniosek, aby komisarze i lekarze miejscy mieszkali w obrębie swoich obwodów. O ile uchwałę pierwszą pojmujemy i uznajemy za arcysłuszne wynagrodzenie żmudnéj pracy lekarskiéj, o tyle dziwić się musimy, że potrzeba było na to dopiero uchwały, aby lekarze mieszkali w swoich obwodach.

* Na posiedzeniu sprawozdawczém Tow. lekarskiego naszego, odbytém d. 3 bm., po przemówieniach prezesa ustępującego, doc. J o r d a n a i prezesa nowowybranego doc. O b a l i ń s k i e g o, pierwszy uzasadnił wniosek swój względem potrzeby ułożenia zasad etyki lekarskiéj, obowiązywać mającéj członków Tow. lek. na wzór istniejącéj już za granicą. Zgromadzenie zgodziwszy się na wniosek ten w zasadzie, poruczyło Komitetowi wypracowanie odnośnych przepisów. — Po posiedzeniu doc. J o r d a n podejmował u siebie członków Tow., którzy dzięki uprzejmości gospodarstwa nader miły przepędzili wieczór, urozmaicony pięknym popisem na fortepianie ze strony gospodarza i prof. Mikulicza.

* **Warszawa**. W Tow. lekarskiém wybrani: prezesem Dr. O r ł o w s k i, wiceprezesem Dr. G e p n e r, sekretarzem dorocznym Dr. M a y z e l, pomocnikiem bibliotekarza Dr. P e s c h k e. Członkami honorowymi wybrani: Dr. Dawid R o z e n t h a l w Warszawie i Dr. Izydor K o p e r n i c k i, docent U. J. w Krakowie. Dr. D i e h l mianowany ordynatorem etatowym w szpitalu Sgo Łazarza. (*G. L.*).

* **Praga czeska**. Otrzymaliśmy następujący telegram: „Smichov, 10 stycznia. Prof. S z o k a l s k i został wybrany członkiem honorowym na dzisiejszém ogólném zgromadzeniu Tow. lekarzy czeskich. Dr. Chodounsky.“

Uznanie zasług czcigodnego naszego rodaka przez pobratymcze grono napawa nas radością i dumą, a zapewne wszyscy czytelnicy Przegl. Lek. z wdzięczném uznaniem akt ten przyjmą do wiadomości.

* **Wiedeń**. D. 1 bm. wyjechał do Pragi radca dworu L a n g e r w towarzystwie koncepisty ministeryjalnego, celem rozpatrzenia się na miejscu w warunkach, mogących umożebnić otwarcie Wydziału lek. czeskiego. — Dzienniki donoszą, że prof. Langer odbył naradę z proff. Weissem, Strengem, Eiseltem i doc. Janovskym oraz dyrektorem szpitala Smolerem; pokazało się, że kliniki: wewnętrzna, chirurgiczna i położnicza dostateczne znajdą pomieszczenie; brak jednak miejsca dla kliniki okulistycznéj, dermatologicznéj i otyjatrycznéj; na zakład dla anatomii patol. ma być przeznaczone dawniejsze mieszkanie prof. Klebsa, które jednak okazuje się za szczupłém.

* **Niemcy**. W Nrze 49 Przegl. Lek. z r. z. wspomnieliśmy o skazaniu prof. mineralogii Grotha i lekarza jego Dra Schramma za wydanie fałszywego niby świadectwa. Otóż Sąd państwa uchylił wyrok ten, poruczając przeprowadzenie ponowne sprawy innemu Sądowi.

□ **Belgija**. Lekarze, aptekarze i weterynarze postanowili zebrać fundusz dla zakupienia daru upominkowego dla Dra F e s t r a e s t s, który przez lat 35 był redaktorem lekarskiego pisma *Scalpel*.

□ **Paryż**. Liczba uczniów medycyny w Uniwersytecie paryskim wynosi w bieżącym roku 4597, nie wliczając 50 obcokrajowych i 39 kobiet. *(Gaz. hebdom.)*.

□ Wykłady na Wydziale lekarskim w Paryżu nie odbyły się w d. 6 bm. z powodu pogrzebu Gambetty. *Le Progrès Médical* Nr. 1 podaje niejakie szczegóły dotyczące choroby, zgonu i pośmiertnego badania zwłok Gambetty. Raniony

d. 27 listopada kulą rewolwerową, która przeszyła mu górną część dłoni, a wyszła w górnéj części przedramienia, Gambetta po 2ch tygodniach leczenia czuł się zupełnie dobrze, a rana zabliźniła się. W chwili kiedy wszystko zapowiadało niewątpliwy powrót do zdrowia, wystąpiła *Perityphlitis et Pericolitis*, która d. 31 grudnia przecięła życie francuskiego patryjoty. D. 2 stycznia wykonano sekcyję zwłok i znaleziono: brak gruźlicy w płucach, rozedmę szczytów płucnych serce prawidłowe. nie znaczącą blaszkę miażdżycową w aorcie, śledziona była prawidłową, wątroba nieco stłuszczona. W tkance łącznéj prawego dołu biodrowego znajdowała się nieznaczna ilość ropy, niewięcéj nad dwie łyżki; dolny koniec jelita biodrowego i zastawka biodrowo-kątnicza (*ileo-coecalis*) były zwężone (*rétrécis*). Mózg obdarzony nadzwyczajną ilością zakrętów dosięgał zaledwo ciężarem swym średniéj wagi. Dr. Lannelongue, lekarz Gambetty, zapowiada wkrótce ogłosić wszystkie szczegóły dotyczące choroby i oględzin pośmiertnych.

□ **Anglija.** Dr. Hingston wykonał na dwuletniéj dziewczynce owaryjotomiję; chora dobrze przebyła operacyję i znajduje się w warunkach wyzdrowienia. (*The Lancet* 2 grudnia).

□ W Middlesex Hospital zdarzył się przypadek dobrowolnego pęknięcia serca; chory żył 40 godzin po pęknięciu. (*The Lancet* 2 grudnia).

* **Londyn.** Wdowa po zmarłym w r. 1866 lekarzu Wilhelmie Wood Bradshawe umierając w r. 1880 zapisała król. Towarzystwom lekarzy i chirurgów po 1000 funtów pod warunkiem, aby Towarzystwa te rok-rocznie urządzały odczyt imienia jéj męża. To też ostatnie z wspomnionych Towarzystw urządziło d. 13 grudnia „odczyt Bradshawa" a mówił sir Jakób Paget o chorobach rzadkich i nowych. Pomimo, że liczba słuchaczów była ograniczoną, zebrało się przecież 500 lekarzy, którzy w sali wykładowéj Towarzystwa, przeznaczonéj dla 400 osób, zaledwie pomieścić się mogli. (*W. med. Bl.*).

* **Rosyja.** Według *Birż. Wied.* medycyna sądowa wyjętą będzie z pod zawiadywania organów policyi. Nadto lekarze po wiatowi mianowani zostaną lekarzami sądowymi i o ile możności usamowolnieni w swych czynnościach. Nominacyja i zwalnianie od obowiązków tych lekarzy zależeć ma od gubernatorów. (*Kur. Warsz.*).

* **Wiadomości uniwersyteckie. Królewiec.** Prof. Dohrn w Marburgu przyjął katedrę ginekologii w Królewcu. — **Gryfija.** Dr. Rinne z Berlina mianowany został prof. nadzw. chirurgii. Lekarz sztabowy Dr. Schöndorf habilitował się jako docent otyjatryi.

* **Odznaczenia.** W miejsce Wöhlera Akademija Umiejętności w Paryżu wybrała Bunsena w Heidelbergu członkiem swym zagranicznym.

* **Wiadomości osobowe.** Przeniesieni zostali do c. k. obrony krajowéj: lekarz pułkowy w rezerwie Dr. Edward Brühl; lekarze starsi: Drowie: Wacław Sticha, Ludwik Kozubski, Maciéj Kwieciński, Aleks. Żukowski, Franc. Grodecki, Wincenty Głowiński, Bronisław Longchamps, Emanuel Machek i Józef Bogdanik. Radza cesarski Dr. Ferdynand Skibiński, profesor w zakładzie dla akuszerek w Czerniowcach, w uznaniu zasług otrzymał tytuł radzcy rządowego.

* **Nekrologija.** D. 24 grudnia r. z. umarł w Gietyndze znakomity fizyk Listing, uczeń Gaussa i Webera, wielce zasłużony koło fizyki oka,

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 1: Brunnera: O porażeniach dyfterytycznych; Jaworskiego: Aspirator żołądkowy, służący równocześnie do stosowania ciągłéj kąpieli żołądkowéj przy pomocy sondy *à double courant*; w *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 1: Hoyera słowo wstępne; Ebana i Jasińskiego: Przypadek kończyn dolnych nadliczbowych potwornych.

Redakcyja otrzymała:

Dr. W. JAWORSKI: Doświadczenia nad ilościowém znikaniem roczczynów niektórych soli z żołądka ludzkiego. (Odbitka z *Medycyny* 1882) in 8vo str. 15.

Piśmiennictwo lekarskie. BOLLINGER O. Ueb. Vererbung v. Krankheiten. M. 2 Tfln. Lex. 8. Stuttgart, Cotta, M. 1 20.

FÉRÉ. Contribution à l'étude des troubles fonctionnels de la vision par lésions cérébrales. Av. 49 fig. 8 Paris, Delahaye et L. Fr. 3½.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie dnia 17go b. m. w sali Akademii Umiejętności zwyczajne posiedzenie, na którém 1) odbędzie się wykład, który na posiedzeniu poprzedniém nie przyszedł do skutku, następnie 2) kol. Wiszniewski okaże zaśniad groniasty, 3) kol. Schramm mówić będzie o całkowitém wycięciu wola i o przypadku wycięcia guza zapołykowego przez jamę ustną. — Po posiedzeniu wspólna pogawęda w jednym z lokalów publicznych w tym celu zamówionych.

Dnia 15 stycznia br. o godz. 5 popołudniu odbędzie się w sali Akademii Umiejętności Zgromadzenie ogólne Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich, na którém Zarząd Wydawnictwa zda sprawę z zeszłorocznéj czynności.

Na Zgromadzenie to szanownych Członków i Prenumeratorów Wydawnictwa uprzejmie zapraszam.

Prof. Dr. Korczyński.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. L. Blumenstok.

L. 385.

KONKURS.

Niniejszém rozpisuje się konkurs na stypendyjum fundacyi Walentego Szklarskiego, ces. Radcy stanu rosyjskiego, dla uczniów medycyny Uniwersytetu Jagiellońskiego w kwocie 900 złr. w. a. a to pod następującemi warunkami:

1) O stypendyjum ubiegać się mogą niezamożni uczniowie medycyny w Uniwersytecie Jagiellońskim, którzy studyja swe ukończyli, najdaléj w przeciągu dwóch lat po ukończeniu studyjów. Każdy z ubiegających się powinien zobowiązać się pisemnie, że w razie udzielenia stypendyjum w przeciągu najbliższego roku złoży egzaminy doktorskie, jeżeli ich jeszcze nie złożył, a następnie celem dalszego kształcenia się wyjedzie na jeden rok za granicę.

2) Wydział medyczny Uniw. Jagiell. w porozumieniu się z Dyrektorem Biblioteki U. J. udziela stypendyjum co dwa lata w dniu 14 lutego jako w dzień imienin testatora lub na najbliższém posiedzeniu po 14 Lutego przypadającém temu z pomiędzy ubiegających się, który w ciągu swych studyjów najwięcéj odznaczył się moralnym charakterem, talentem i dążności ku głębszéj naukowéj pracy.

3) W każdym razie wykształcenie za granicą ma mieć za cel przyszłą uprawę naukową pewnéj gałęzi lekarskiéj bądź teoretycznéj bądź praktycznéj; ma więc być przysposobieniem do zawodu naukowego a nie do samego lekarskiego wykonawstwa wymagać więc należy dowodów uzdolnienia i zamiłowania naukowego okazywanego już to w pracowniach już to w klinikach, z szczególném przykładaniem się do pewnego rodzaju poszukiwań, dokonywanemi ćwiczeniami i pracami, gorliwém zajmowaniem się jakąś szczególną gałęzią lekarską itp.

4) Jako rękojmi pożytecznie za granicą użytego czasu i funduszu wymagać należy od pobierającego stypendyjum dokładnych i wiernych sprawozdań półrocznych piśmiennych z całego toku zajęć naukowych i z osiągniętych niemi wypadków tak pod względem wykształcenia ososobistego jak i zebranych spostrzeżeń, doświadczeń i dokonanych prac.

Podania w myśl powyższych warunków należycie uzasadnione wnosić należy na ręce podpisanego najdaléj do końca Stycznia 1883 r.

Kraków dnia 18 Grudnia 1882. *Rydel*

t. r. Dziekan Wydz. lek.

Dr. Michał Kaufmann były lekarz kąpielowy w Jaworzu ma zaszczyt zawiadomić Szan. Kolegów, że z rozpoczęciem bieżącego sezonu ordynować będzie jako lekarz zdrojowy w Maryjenbadzie.

L. 1270.

KONKURS.

Wydział powiatowy podhajecki ogłasza niniejszém konkurs na posadę lekarza ordynującego w szpitalu powszechnym w Podhajcach z płacą roczną 500 złr. w. a., a to na lat dwa. Posada powyższa przy należytém pełnieniu obowiązków może być przedłużona na dalsze dwa lata Podania należycie ostęplowane należy wnieść do Wydziału powiatowego najdaléj do dnia 31 stycznia 1883 i w nich wykazać: wiek, stan, miejsce urodzenia i stopień Doktora wszech nauk lekarskich otrzymany na jednym z Uniwersytetów austro-węgierskiéj monarchii.

Z Wydziału Rady powiatowéj w Podhajcach dnia 2 Stycznia 1883 r.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia p. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie	**w Austryi** 8 złr. 80 c.	**w Król. Polskiém i Ces. Ros.** 6 rsr.	**w Niemczech** 16 mk.	**we Francyi** 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ $1\frac{1}{2}$ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 20 stycznia 1883. **№ 3.** Rok XXII.

I. Z kliniki chirurgicznéj prof. Dra Mikulicza w Krakowie.

Przyczynki do Chirurgii.

II.

Mięśniowłókniak śródścienny macicy wielkości dwóch głów dziecięcych i podsurowiczy wielkości pomarańczy. Wycięcie przez pochwę, wyzdrowienie.

Napisał prof. Mikulicz.

(Dokończenie. Patrz Nr. 2.)

O przebiegu po operacyi nie mam wiele do powiedzenia. Chora mocno niedokrewna przyszła już na drugi dzień do siebie, zapad dość znaczny po operacyi a wywołany przez działanie chloroformu, karbolu i utratę krwi ustąpił wkrótce. Dalszy przebieg był zupełnie bezgnilny i bezgorączkowy. Ciepłota nie podniosła się nigdy po nad prawidłową, ósmego dnia wyjęto część gazy jodoformowéj z pochwy, resztę oddalono dnia dziesiątego. Macica ściągnęła się szybko i wyparła sączki, które odpowiednio skracano i kolejno oddalano, ostatni dnia 20 po operacyi. Po 3 tygodniach wstała chora po raz pierwszy, a w 30 dni po operacyi opuściła klinikę jako zupełnie wyleczona. Międzykrocze i ściana pochwy zagoiły się w zupełności *per primam*, macica ściągnęła się prawie do wielkości prawidłowéj, tak że tylko z trudem wyczuć ją było można przez powłoki brzuszne. Ujście macicy pozostało bardzo szerokie, prowadząc w lejkowato zwężającą się jamę macicy. Stan odżywienia operowanéj, osłabionéj dawniéj przez ciągłe krwotoki i kilkomiesięczne leżenie w łóżku, poprawił się bardzo znacznie.

Przypadek nasz odznacza się przedewszystkiém wielkością wyłuszczonego obrzęku. Tak Kaltenbach (*Hegar u. Kaltenbach*: *Die operative Gynaekologie* Stuttgart 1881) jak i Schröder (*Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane.* Leipzig 1879), zwracają uwagę na to, że niebezpieczeństwo przy wyłuszczeniu mięśniaków macicy wzrasta z wielkością guza, że przeto operacyi téj należałoby zaniechać w obec obrzęków przechodzących wielkość główki dziecka. Niebezpieczeństwo wynika tak z powodu znacznych trudności podczas saméj operacyi, jakoteż z powodu powstania wielkiéj jamy, w któréj trudno zapobiedz rozwinięciu się rozkładu gnilnego.

Na szczególną uwagę zasługuje ta okoliczność, że udało mi się bez nadzwyczajnych trudności oddalić oprócz mięśniaka śródściennego także guz podsurowiczy wielkości pomarańczy, przyczém oczywiście jama otrzewny została otwartą a odpowiedni kawałek ściany macicy wycięty wraz z guzem. Nie wiadomo mi, aby ktoś przedemną przy podobnéj operacyi z jamy macicy umyślnie otworzył jamę otrzewny i wydobył w ten sposób guz podotrzewnowy. Nie możemy już dzisiaj uważać za coś szczególnego, że otwarcie jamy brzusznéj śród powyższéj operacyi nie pociągnęło za sobą złych skutków, jeżeli tylko prawidła antyseptyki były ściśle zachowane a otwór w otrzewnie natychmiast zespojony.

Nie często zapewne nadarzy się sposobność wydobycia guza podotrzewnowego śród wyłuszczania mięśniaka macicy przez pochwę, lecz częściéj byłoby wskazane postępować tą drogą, jeżeliby chodziło o wydobycie podstawy lub korzenia włókniaków śródściennych. Nieraz bowiem jest to zadaniem bardzo trudném, gdyż zasada guza siedząca mocno w saméj ścianie macicy pociąga ją za sobą wywołując jéj wynicowanie. W takich właśnie przypadkach, jeżeli ściany macicy są wiotkie i dadzą się ściągnąć dość nisko do pochwy, radziłbym wyciąć część ściany macicy połączoną z guzem, a powstały przez to otwór w otrzewnie zespoić natychmiast.

Co do leczenia następowego, to zdaje mi się, że tak tu jak i po całkowitém wycięciu macicy jodoform najlepiéj może zapewnić bezgnilne gojenie się rany. Z dotychczasowych doświadczeń nad wyłuszczeniem mięśniaków macicy wynika, że względnie wielkie niebezpieczeństwo tych operacyj bywa następstwem pozostających w jamistéj ranie

szczątków tkanin, które ulegając łatwo obumarciu i gniciu stają się tym sposobem przyczyną ogólnego zakażenia. A właśnie śród takich stosunków jodoform jest doskonałym środkiem. Oczywiście na wielką powierzchnię rany, nie można stósować za dużo jodoformu. Nacieranie proszkiem jodoformowym lub przysypanie nim jest nie tylko niebezpiecznėm, ale i zbytecznėm, wystarcza zupełnie wprowadzić do jamy rany 2—4 szerokich pasków gazy jodoformowéj, a obok nich jeden lub więcéj grubych sączków. Ostatniéj ostrożności używam wszędzie, gdzie większe jamy wypełnione są gazą jodoformową. Gaza i sączki wypchane zostają powoli z jamy w skutek kurczenia się macicy, należy je więc odpowiednio skracać. Jeżeli nie ma szczególnych wskazań do wczesnéj zmiany pasków gazy jodoformowéj, należy ją pozostawić jak najdłużéj, nawet 8 do 10 dni.

Wreszcie pozwalam sobie przy téj sposobności zwrócić uwagę na korzyści katgutu chromowego. Nie tylko rana w ścianie macicy lecz i rana po przecięciu międzykrocza spojone zostały katgutem chromowym. Wszędzie nastąpiło bezpośrednie zagojenie się rany, a szwy wypadły same w 3 i 4 tygodniu.

III.

Przecięcie nerwu łokciowego i pośrodkowego w okolicy stawu łokciowego lewego; zeszycie nerwów wośm miesięcy po zranieniu — znaczne polepszenie.

Napisał Dr. H. Schramm,
asystent kliniki chirurgicznéj.

Do pocztu operacyj, które dopiero w ostatnim lat dziesiątku zyskały sobie prawo obywatelstwa w chirurgii, zaliczyć należy także szew nerwowy. Wprawdzie Baudens w roku 1836 starał się po raz pierwszy zbliżyć do siebie sztucznie końce przeciętego nerwu, uczynił to jednak tylko zbliżając do siebie za pomocą szwu tkanki otaczające nie tykając samego nerwu. Obawa przed zbytniém zadrażnieniém nerwu przez pozostającą w nim nitkę i następnym tężcem wstrzymywała długi czas chirurgów od stosowania bezpośredniego zespajania nerwów. Dopiero Nélaton odważył się w roku 1863 po raz pierwszy na ten zabieg i zespoił przecięty n. pośrodkowy szwem z drutu srebrnego natychmiast po uszkodzeniu. Pomyślny wynik w tym przypadku dodał odwagi i innym chirurgom a Richet, Laugier, Dupuytren, Letiévant i inni poszli w ślad Nélatona, tak że do roku 1876 znanych już było w literaturze 14 przypadków zespojenia nerwów (Tillmanns: *Ueber die Nervenverletzungen und Nervennaht. Arch. f. klin. Chir.* XXVII. 1). Jednak dopiero rozpowszechnienie się przeciwgnilnego ran leczenia przyczyniło się i do rozpowszechnienia nowéj operacyi. Pewność osiągnienia bezpośredniego zagojenia się rany, możebność uniknienia rozległych ropień w ranie, wreszcie zaprowadzenie materyjału niedrażniącego do szycia i niepotrzebującego następnego oddalenia, wszystko to przyczyniło się do częstszego stosowania szwu nerwowego, tak że od roku 1876 do 1881 wykonano operacyję tę 28 razy (Tillmanns l. c.). Jeżeli dodam jeszcze przypadek Bernharda i Freibla (*Berlin. klin. Wochenschrift* 1881, Nr. 46) i dwa przypadki Page'go (*Brit. med. Journal* 1881, 7 may), to liczba znanych mi z literatury przypadków zeszycia nerwów dojdzie do 45; liczba wcale niewielka zwłaszcza jeżeli zważymy ważność przedmiotu i znaczną liczbę niewyjaśnionych jeszcze kwestyj co do odradzania się nerwu przeciętego, czasu i sposobu powracania jego czynności. Przyznać więc musimy, że każdy nowy przypadek zasługuje na szczególną uwagę i dla tego podaję do wiadomości historyję chorego operowanego przez prof. Mikulicza, a był on następujący:

M. G., lat 27 liczący mężczyzna, najlepszém zawsze cieszący się zdrowiem, w kwietniu r. 1882 został raniony pałaszem w lewe przedramie nieco poniżéj stawu łokciowego. Cięcie sięgało aż do głębokiéj warstwy mięśni. Wezwany lekarz zespoił ranę powierzchownie. W 4 godziny potém powstał dość silny krwotok, który zatamowano przez założenie silnie uciskającego opatrunku. G. utrzymuje stanowczo, że tak zaraz po otrzymaniu rany, jak i po jéj zespojeniu miał w ręce dobre czucie i mógł poruszać palcami, o ile na to pozwalała dość znaczna bolesność rany. Dopiero w dwa tygodnie późniéj, gdy rana mocno ropiejąca zaczęła się ściągać, spostrzegł G. kurczenie się palców ku dłoni i niedowład ręki, która podobnie jak przedramie mocno obrzmiała. Gdy przypady te coraz bardziéj się wzmagały, udał się G. w lipcu zeszłego roku do kąpiel w Mehadii. Tutaj ustąpiło zupełnie obrzmienie ręki i przedramienia, ręka stała się nawet znacznie szczuplejsza niż prawa, niedowład i kurczenie się palców wzmagało się coraz bardziéj. Przeciw temu ostatniemu przykremu objawowi walczył chory wykonywając usilnie ruchy bierne palcami a wreszcie nosząc ustawicznie szynę palczastą w rękawiczce. Od 3ch miesięcy stan chorego nie zmienił się w niczém. W dniu przyjęcia chorego do kliniki (14 października 1882) był on następujący:

Mężczyzna silnie zbudowany, dobrze odżywiony. Narządy wewnętrzne nie przedstawiają zmian żadnych. Trzy centym. poniżéj stawu łokciowego lewego znajduje się blizna, zaczynająca się od tylnego brzegu kości łokciowéj, okrążająca wewnętrzną powierzchnię przedramienia i sięgająca do połowy zgięcia łokciowego; blizna mocno zaciągnięta, z kością niezrośnięta. Ramie lewe i część przedramienia powyżéj blizny tak samo odżywione jak ramie prawe; poniżéj blizny przedramie mocno wychudłe, obwód w jego połowie o 4cm. mniejszy niż po stronie prawéj, co wywołane jest głównie przez zanik mięśni po stronie łokciowéj. Na stronie dłoniowéj tuż ponad stawem nadgarstkowym druga blizna poprzeczna 4cm. długa, powierzchowna. Ręka mocno zniekształcona, palce szponowato zgięte. Kciuk odwiedziony, skóra na ręce blada zupełnie gładka, ciepłota ręki o 3·6°C. niższa niż ręki prawéj. Mięśnie ręki mocno zanikłe, szczególnie mm. międzykostne. Fałd między kciukiem a wskazicielem składa się z saméj prawie ścieńczałéj skóry. Ruchy w stawie łokciowym zupełnie prawidłowe, w stawie nadgarstkowym zgięcie grzbietowe możebne, ruch dowodzący i odwodzący mocno upośledzone, zgięcie dłoniowe niemożebne. Ruchy palcami prawie zupełnie zniesione, tylko po podparciu ich na stronie grzbietowéj, np. palcem drugiéj ręki, możebne jest ich wyprostowanie lubo niezupełne. Dynamometr wykazuje w ręce prawéj siłę 75 kilogr., w lewéj chory wcale nie może utrzymać tego narzędzia. Na ostatnich członkach wszystkich palców G. nie czuje nawet bardzo silnego nakłócia igłą, podobnie na drugich członkach palca 4 i 5. Ukłócie na innych częściach palców dochodzi do świadomości chorego, na dłoni sprawia ono ból dotkliwszy niż takie samo ukłócie na dłoni prawéj. Badanie estezyjometrem nie daje żadnych pewnych wyników. Uczucie ciśnienia również znacznie upośledzone, na przedramieniu ocenia G. różnicę dopiero 140 gramów, na dłoni nie czuje ciśnienia 450 gr. Co do elektryczności to mięśnie przedramienia po stronie dłoniowéj nie oddziaływają nawet na dzia-

łanie bardzo silnego prądu przerywanego, podobnie mięśnie ręki, mięśnie przedramienia po stronie grzbietowéj kurczą się dość żwawo.

W obec takiego stanu nie ulegało najmniejszéj wątpliwości, że mamy do czynienia z porażeniem nerwu łokciowego i pośrodkowego. Najwybitniejszym tego dowodem było porażenie mięśni zaopatrywanych przez te nerwy, podczas gdy obecność czucia w zakresie ich rozgałęzień pochodziła z wytworzenia się dróg obocznych czyli tak zwanéj przez Létievana *sensibilité supplée*. Jedna tylko okoliczność zasługuje na wzmiankę. Chory nasz utrzymywał stanowczo, że po otrzymaniu rany ruszał palcami i miał w nich dobre czucie, objawy porażenia miały wystąpić dopiero w 2 tygodnie późniéj. Trudno przypuścić, aby chory nasz, człowiek inteligentny i wykształcony, mógł przeoczyć tak wybitne i dotkliwe zboczenie w czynności ręki, jakie musiało pociągnąć za sobą całkowite przecięcie nerwu łokciowego i pośrodkowego. Zostałby nam jeden sposób wytłumaczenia téj sprzeczności, a mianowicie, że niezupełnie przecięte nerwy pełniły swą czynność choć częściowo, dopiero następowe ropienie w ranie i ściąganie się téjże sprowadziło następowe zniszczenie nieprzeciętych jeszcze włókien nerwowych. Jakkolwiekbądź miały się rzeczy, to było pewne, że mieliśmy przed sobą wybitny przypadek porażenia pochodzącego niewątpliwie od uszkodzenia nerwów w miejscu opisanéj blizny. Usunięcie ciężkich zboczeń wywołanych tém porażeniem i choćby częściowe przywrócenie prawie zupełnie zmniejszonéj funkcyi ręki było dla chorego rzeczą bardzo ważną, a jedyną do tego drogą było przywrócenie ciągłości uszkodzonych nerwów. Dodaje się, że choremu wyraźnie zwrócono uwagę, że według dotychczasowych doświadczeń nie można mu zaręczyć za pomyślny wynik co do czynności ręki. Mimo to zgodził się na operacyję a prof. Mikulicz przystąpił do niéj dnia 15 października 1882 r.

Po uśpieniu chorego i założeniu opaski Esmarcha poprowadził prof. M. śród wszelkich ostrożności przeciwgnilnych używanych obecnie w naszéj klinice (Mikulicz: Przyczynki do chirurgii. Przegl. Lek., 1883 r. Nr. 1) cięcie podłużne pod kłykciem wewnętrznym kości ramienia w celu odszukania nerwu łokciowego. Po wycięciu części chrząstkowato twardéj blizny odnaleziono najpierw górny koniec nerwu, który był zupełnie w bliznę wrośnięty i mocno zgrubiały. Następnie odnaleziono koniec obwodowy nieco cieńszy niż górny. Po uwolnieniu obu końców z blizny w rozległości 1 ½ cm. pokryto ranę tymczasowo gazą jodoformową, a przystąpiono do odszukania n. pośrodkowego. Było to znacznie trudniejsza niż poprzednia część operacyi, wszystkie tkanki zmienione były w jednę masę bliznowatą, tak że dopiero po wycięciu znacznéj części blizny udało się odnaleźć koniec obwodowy nerwu, bardzo zcieńczały i zupełnie w bliznę wrośnięty. Przy usiłowaniach uwolnienia końca nerwu z blizny przerwał się tenże, tak że dla odszukania końca górnego musiano przedłużyć cięcie w *sulcus bicipit. intern.*, gdzie nerw z łatwością znaleziono. Po wyciągnięciu go z pod przykrywającéj go warstwy mięśni pokazał się na jego końcu guz wielkości małego orzecha laskowego, chrząstkowato twardy. Guz ten (*neuroma fibrosum*) odcięto, włożono nerw w prawidłowe położenie, następnie odcięto bliznowato zwyrodniałą część końca obwodowego. Oba odcięte kawałki wynosiły razem 2—3cm. Zespojenie obu końców nerwu wykonał profesor M. w ten sposób, że najpierw założył jeden szew z katgutu chromowego Nr. 0 sięgający z obu stron na 1 ½ cm. od końców nerwu. Szew ten miał zadanie zwolnić dość znaczne napięcie nerwu, następnie obie powierzchnie nerwu zespojone zostały 3ma szwami więcéj powierzchownemi, lecz sięgającemi w sam miąższ nerwu. W ranę wprowadzono dwa sączki, skórę zespojono szwami jedwabnemi. Teraz obcięto oba bliznowate zwyrodniałe końce nerwu łokciowego i zespojono je w ten sam sposób jak nerw poprzedni, z wyjątkiem że z powodu znaczniejszego napięcia w nerwie założono 2 szwy zwalniające. Na obie rany nałożono opatrunek przeciwgnilny używany obecnie w naszéj klinice (*vide l. c.*), odjęto opaskę Esmarcha i odnogę ułożono w szynie pod kątem prostym zagiętéj.

Co do zabiegu operacyjnego zwracam tu uwagę na bardzo trudne odszukanie nerwu wśród tkanki bliznowatéj, tak że musiano szukać nerwu dość daleko poza blizną; daléj na bardzo znaczne napięcie między końcami przeciętych nerwów. Bardzo dobre usługi oddał szew zwalniający, założony przez sam miąższ nerwu, bez którego dokładne zespojenie nerwów byłoby całkiem niemożebne; jest to sposób, o ile mi wiadomo, po raz pierwszy zastosowany w naszym przypadku przez prof. Mikulicza.

Znaczny zanik obwodowych końców nerwów zwłaszcza na nerwie pośrodkowym kazał nie bardzo dobrze rokować o powrocie zupełnym czynności obu nerwów. Obawa ta, jak się zaraz przekonamy, nie całkiem się sprawdziła. Z dalszego przebiegu przytaczam następujące szczegóły:

Wieczorem po operacyi palce sinawe, zimne, ukłócia na nich chory nie czuje, skarży się na uczucie zimna i zupełną bezwładność odnogi. Z powodu znacznych bólów w ranie wstrzyknięto morfin.

16/10. Stan bezgorączkowy, bóle w ranie mniejsze, lecz natomiast wystąpiły, niebywałe dawniéj, bóle rwiące w palcach, które są sine i zupełnie zimne. Wieczorem morfin.

17/10. Chory swobodny, bez gorączki. Bóle rwiące w palcach mniejsze, zresztą stan ten sam.

20/10 Zmiana opatrunku. Brzegi obu ran sklejone lecz sinawe. Wydzieliny prawie żadnéj, wyjęto dreny i kilka szwów. Czucie i ruchy w ręce takie same jak przed operacyją.

26/10. Obie rany rozeszły się powierzchownie z powodu obumarcia bliznowatych brzegów, przebieg jednak zupełnie bezgnilny. W głębi piękne granulacyje. Czucie i ruchy jak przed operacyją. Chory opuszcza klinikę, mając się leczyć ambulatoryjnie.

14/11. Obie rany prawie zupełnie zgojone, skóra na ręce operowanéj nieco bledsza niż na prawéj, ciepłota jéj prawidłowa. Czucie tak samo jak przed operacyją. Co do ruchów widać małe polepszenie, mianowicie chory jest w stanie zgiąć palce prawie do kąta prostego i wyprostować je prawie zupełnie. Rozpoczęto faradyzowanie i mięsienie.

6/12. Obie rany zupełnie zagojone, stan ręki następujący: Ciepłota jéj taka sama jak na ręce prawéj, jednak lewa jest wrażliwsza na zimno i dłuższego potrzebuje czasu do ogrzania się niż prawa. Odżywienie skóry znacznie się poprawiło, straciła ona poprzednią suchość i wystąpiły prawidłowe fałdy na palcach i dłoni. Również odżywienie mięśni postąpiło naprzód, muskulatura kciuka, palca małego i mm. międzykostne o wiele lepiéj rozwinięte niż były przed operacyją. Czucie poprawiło się także; na ostatnich członkach palca 4 i 5 czuje operowany silniejsze ukłócie, na reszcie palców zupełnie prawidłowe. Lokalizacyja na przedramieniu i dłoni prawidłowa na palcach 1 i 2, chory myli się o 2 do 3 cm., na 3, 4 i 5, ukłócie czuje lecz myli się na-

wet co do palca ukłótego. Badanie estezyjometrem nie daje tak samo jak przed operacyją pewnych wyników. Uczucie ciśnienia poprawiło się znacznie, na przedramieniu bowiem czuje operowany juz różnicę ciśnienia 5 gram. (dawniéj dopiero 140 grm.) na wewnętrznéj połowie dłoni różnicę 80 do 100 gr., na jéj stronie zewnętrznéj już różnicę 10—15 grm. Dynamometr może utrzymać w ręku, lecz nie jest w stanie go poruszyć, podana jednak ręka czuje małe ciśnienie. Operowany jest w stanie zgiąć palce nieco więcéj niż do kąta prostego i wyprostować je prawie zupełnie. Kciuk może dobrze sprowadzić ku dłoni, lecz nie jest w stanie zetknąć go z palcem małym, odwodzenie palców możebne między 2 a 3 i 4 a 5 i tu w nieznacznym stopniu. Zginanie całéj ręki jeszcze bardzo niedokładne.

Na prąd elektryczny oddziaływają mięśnie przedramienia i ręki wyraźnie i dość żwawo, najmniéj mięśnie międzykostne.

W tym stanie operowany opuszcza Kraków z polececeniem pilnego stósowania prądu elektrycznego i mięsienia.

2 stycznia rb., zatém w $2\frac{1}{2}$ miesiąca po operacyi, pisze mi pan G.: Ręka jeszcze bardzo wrażliwa na zimno, zginanie palców nie o wiele postąpiło, lecz posiadam w nich większą siłę.

Można więc mieć zupełną nadzieję, że w powyższym przypadku istniejące obecnie znaczne polepszenie coraz daléj będzie postępować. Nie możemy wprawdzie przepowiedzieć już teraz, czy ruchy ręki wrócą do zupełnie prawidłowego stanu, tém mniéj, że od czasu uszkodzenia nerwów do ich zespojenia upłynął bardzo znaczny przeciąg czasu, mianowicie 8 miesięcy, okoliczność jednak ta, że już w tak krótkim względnie czasie po operacyi znaleźliśmy znaczne polepszenie czucia, a co daleko ważniejsze, polepszenie odżywienia mięśni, pojawienie się w nich oddziaływania na prąd elektryczny i wystąpienie samowolnego kurczenia się, lubo dotąd jeszcze słabego, pozwala pomyślnie rokować, tém bardziéj, że znane są przypadki, np. operowane przez Esmarcha i Simona, w których dopiero w kilka miesięcy po operacyi pojawiły się pierwsze ślady powracającéj czynności mięśni, a w których przecie ostateczny wynik był zadowalający. Przy danéj sposobności nie omieszkamy podać wiadomości co do dalszego wyniku.

II. Oceny i sprawozdania.

Prof. Adamkiewicz: **Prawidłowa czynność mięśni, uważana jako skutek równowagi dwóch przeciwnych pobudzeń nerwowych, a bezład ruchowy i niedowład kurczowy mięśni, jako ostateczny skutek zwichnięcia téj równowagi.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 2).

Z zestawienia powyższych wniosków: 1) co do napięcia prawidłowego mięśni i 2) co do czynności tychże, okazuje się, że, ponieważ powrózki tylne pobudzają prawidłowe napięcie, powrózki zaś tylne boczne tamują to napięcie a przeciwnie powrózki tylne boczne pobudzają dowolną czynność mięśni, powrózki zaś tylne tamują takową, że zatém włókna podniecające fizyjologiczne napięcie i włókna, tamujące ruchy dowolne z jednéj strony, jakoteż, że włókna tamujące napięcie fizyjologiczne i włókna pobudzające ruchy dowolne z drugiéj strony, są jedne i te same. Z tego wynika daléj, że pobudzenie tylnych powrózków tamuje pobudzenie powrózków tylnych bocznych (które należą do tak zwanych dróg piramidalnych, przenoszących pobudzenie woli na mięśni), a pobudzenie tylnych bocznych powrózków tamuje pobudzenie tylnych powrózków, czyli innemi słowy, że napięcie fizyjologiczne powściąga wpływ woli, ten zaś napięcie fizyjogiczne.

Według tego więc prawidłowe pobudzenie rdzenia pacierzowego zawisłe od woli składa się (zanim do komórek zwojowych rogów przodkowych dojdzie) z dwóch wzajemnie się regulujących rodzajów pobudzenia.

Zgodność dalszych ztąd wysnutych wniosków ze spostrzeżeniami klinicznemi popiera to twierdzenie, i tak 1) z twierdzenia powyższego wynika, że zboczenia ruchowe, cechujące zwyrodnienie powrózków tylnych i kurcz, właściwy stwardnieniu powrózków tylnych bocznych, nie przyjdzie do skutku, jeżeli tak powrózki tylne jak i boczne chorobą są dotknięte; co też w skombinowaném cierpieniu sznurów rdzenia rzeczywiście się stwierdza.

2) Skoro boczne tylne powrózki są dalszym ciągiem dróg piramidalnych, wychodzących z psychomotorycznéj sfery kory mózgowéj, to każda przerwa tych dróg i poza rdzeniem pacierzowym, a więc i w mózgu kurcz wywołać musi. Tak też jest w istocie w porażeniu pochodzenia mózgowego (chód porażonego przedstawia najczęściéj cechy kurczu i jest powłóczysty, odruchy ścięgniste wygórowane).

3) Objawy kurczu nie mogą wystąpić w razie przerwy dróg piramidalnych w mózgu, jeżeli tylne powrózki są równocześnie zwyrodniałe, co stwierdza opisany na wstępie przez autora przypadek wiądu rdzenia pacierzowego z krwotokiem mózgowym, gdzie odruchy ścięgniste były zniesione.

Z okoliczności, że zjawiska kurczu znikają we śnie i w odurzeniu chloroformowém wyprowadza autor wniosek, że włókna podtrzymujące napięcie fizyjologiczne otrzymują pobudzenie od kory mózgowéj, a tém samém, że napięcie fizyjologiczne jest anatomiczną czynnością mózgu, daléj, że skoro po przerwaniu dróg piramidalnych napięcie fizyjologiczne wyraźniéj występuje (odruchy ścięgniste są spotęgowane) przypuszcza autor, że to napięcie fizyjologiczne jest czynnością innych dróg, a mianowicie powrózków tylnych, którą to czynność drogi piramidalne tamują.

Według tego więc można sobie wyobrazić, że każdy popęd woli wywołuje dwa pobudzenia, z których jedno po drogach piramidalnych, a drugie po powrózkach tylnych przebiega. Fale obu tych pobudzeń spotykają się dopiero w komórkach zwojowych przodkowych rogów rdzenia pacierzowego. Tutaj łączą się w jedno pobudzenie, które po nerwach obwodowych dochodzi do mięśni.

Dotychczasowe tłumaczenie kurczu i skurczenia *(contractura)*, jakoby ta sama sprawa chorobowa, która drogi piramidalne poraża, a tém samém ich zwyrodnienie sprowadza, drażniła zarazem zwoje tych samych dróg, t. j. komórki zwojowe w rogach przodkowych (Lyon, Charcot), jest przypuszczeniem, które samo sobie się sprzeciwia. (Odbitka z Rozpraw Akad. Umiej. Wydz. mat. przyr. T. VIII). *J. Prus.*

Moleschott: **Leczenie cukrzycy jodoformem.**

Pomimo wszelkiéj opozycyi przyznać musimy, że i nowsza medycyna ma swe środki uniwersalne. Otóż do nieprzejrzanego pocztu chorób, w których użycie jodoformu ma być korzystném, przybywa choroba, która, pomimo, że o niéj dziś znacznie więcéj wiemy niż przed stu laty, naigrawa się wciąż z naszych zabiegów, i malo co nam jest dostępniejszą, niż np. nawet Paracelsowi, który (w *Tractat de tartaro lib. II, tr. III, C. 1)* uważają za następstwo nadmiernéj produkcyi soli.

Z wykładu Moleschotta w rzymskiéj Akademii lekarskiéj dowiadujemy się, jak skutecznym ma być jodoform w cukrzycy. Nie ulega żadnéj wątpliwości, że ilość cukru po użyciu jodoformu się zmniejsza a w niektórych przypadkach spada do zera, jakkolwiek chorzy nie przestrzegali dyjety stósownéj i nie wstrzymywali się od zajęć umysłowych. Podajemy w streszczeniu (z *„Italia medica“* 1882 Nr. 18 i *Wien med. Blätt.* 1882 Nr. 41) odnośne spostrzeżenia:

Przyp. 1. Znakomity uczony, 63 lat liczący, oddawał w przeciągu doby 2·3 litrów moczu, o ciężarze gatunkowym 1017, zawierającego 19·4 grm. cukru.

Gdy ilość cukru dzienna zmniejszyła się nieco po użyciu salicylanu sodowego, zaczęto choremu podawać 0·1 jodoformu w dwóch dawkach na jednę dobę, poczém cukier po dwunastu dniach z moczu zupełnie zniknął, a po 34 dniach przy ścisłém badaniu nie można było nawet śladu cukru wykryć.

Przyp. 2. Czterdziestoletni posiadacz dóbr oddawał dużo moczu, ze znaczną ilością cukru, ciężar gatunkowy moczu 1·031. Przed użyciem jodoformu chory był bardzo wynędzniały. Od czerwca podawano choremu według powyższego sposobu 0·1 jodoformu, poczém cukier po upływie dwóch miesięcy zupełnie z moczu znikł a ciężar ciała wzrósł o 1·5 klgr. Po upływie znów dwóch miesięcy stwierdzono ponowny przybytek na ciężarze ciała o 2·5 klgr., w moczu zaś ani śladu cukru.

Przyp. 3. Skutkiem nadmiernéj pracy umysłowéj zjawia się u mężczyzny cukrzyca z brakiem wszelako polyuryi. Po użyciu 0·1 jodoformu dziennie znika w lipcu r. 1881 z moczu cukier, pojawia się zaś w grudniu znowu. Choremu podawano odtąd 0·2 jodoformu, co sprowadziło ciągłe polepszanie się objawów i ogólnego stanu.

Przyp. 4. Czterdziestosześcioletni kupiec nader zajęty oddawał na dobę w 3 litrach moczu 78 grm. cukru.

Od 24 grudnia podawano choremu dziennie 0·1 jodoformu zwiększając powoli dawkę aż do 0·3 dziennie. Chory oddawał

13 stycznia 1882:	3 litry	moczu	1026	c. g.	i 28	grm.	cukru
3 lutego	„ : 4	„	1025	„	15	„	„
15 marca	„ : 2	„	1020	„	1·8	„	„

Chory przytém spożywa dziennie dwieście grm. chleba, po części *„maccaroni“* i pomimo téj dyjety czuje się wcale dobrze.

Przyp. 5. Sześćdziesięciodwuletni właściciel dóbr dotknięty był obustronném zapaleniem płuc a rozbiór moczu, wraz z prof. Maggioranim dokonany, wykazał w moczu w przeciągu 24 godzin 55 grm. cukru. Po przebyciu zapalenia płuc podawano choremu od 21 grudnia 1881 dziennie 0·1 jodoformu, przyczém zwolna dawkę zwiększano aż do 0·4 jodoformu w dniu 10 stycznia 1882, poczém ilość cukru się zmniejszała aż do 0. Stan ten trwał przez dni trzy, poczém zaprzestano podawać jodoform, co znów sprowadziło ponowne zjawienie się cukru w moczu i to w ilościach z dniem każdym wzrastających, aż gdy znów zaczęto podawać lek wzmiankowany, cukier zwolna znikał z moczu, czasem nawet w zupełności, a ilość moczu również była tylko mierną.

Przepis leku przez M. podawanego brzmi

Rp. Jodoformii
Extr. lact. sativ.
āā 1·0
Cumarin.
0·1
m.f. pill. 20.

DS.: 2—4 razy dziennie po dwie pigułki zażyć.

Jakkolwiek zalecany przez tegoż samego autora jodoform w gruźliczém zapaleniu opon mózgowych okazał się również bezskutecznym jak wiele innych leków, to przecież obecne doniesienie, aczkolwiek pod wielu względami bardzo niedokładne, zasługuje na uwagę lekarzy, gdyż trudno przypuścić, aby M. raz zdyskredytowany chciał się po raz drugi na śmieszność narazić. Jeżeli jodoform dorówna choćby tylko kodeinowi, to zawsze warto go poddać rozleglejszemu umiejętnemu zastósowaniu. *Dr. Pisek.*

III. W dwóchsetną rocznicę próby płucnéj.
(Urywek z pracy większéj).

Napisał **L. Blumenstok.**

Interdum negligunt viri experimenta, quidam jurarunt in verba Magistri, caeteri suae inhaerent opinioni et Neotericos non evolvunt.
Schreyer.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 2).

„Jeżeli więc jest prawdą, że dziecię żywe przez czas dłuższy po urodzeniu żyć może poza łonem macierzyńskiém *sine respiratione*, to wypływa ztąd wcale snadnie *ex concessis*, że, jeżeli takie dziecko w przypadkach wspomnionych umiera lub zgładzoném zostaje, zanim powietrze do płuc się dostało, płuca jego nie pływają, lecz tonąć muszą, że więc nie możemy wnosić *apodictice*, że dziecko, którego płuca śród oględzin opadały na dno naczynia, umarło w łonie matki.

„Zbyteczna dowodzić obszernie, że dziecko żywe w takich razach może być zgładzone, zanim oddechać poczęło, ponieważ w ostatnim przypadku rozmaite można wymyśleć media, aby zabić *in involucris haerentem foetum*. W drugim przypadku potrzeba tylko pociągnąć mocno za pępowinę, a śmierć nastąpi rychło, jak tego doświadczano nieraz ze strony akuszerek nieostrożnych, pomijając już okoliczność, że, jeżeli śród porodu szybko główka zostanie zgniecioną lub kark złamanym, dziecko postrada życie, zanim zdoła rozpocząć oddychanie.

„Gdyby uczyniono zarzut, że wszystko to jest tylko przypuszczeniem, a nie stwierdzoném przez *experimenta*, to przyznać wprawdzie musimy, że nie robiliśmy sekcyj dzieci zmarłych lub zabitych w podobnych przypadkach, i dlatego, ponieważ ostatnie są rzadkiemi, nie mogliśmy też robić doświadczeń, czy płuca takie toną lub nie, ale i dowód przeciwny nie jest ustanowiony przez *experimenta*, a ponieważ przytoczone *rationes* (są) *praegnantes*, to tyle przynajmniéj ztąd wypływa, że ta *quaestio* nie jest jeszcze dostatecznie stwierdzoną przez *experimenta*, i że *ex hoc fundamento* nie można sądzić *infallibililiter*, zwłaszcza że uwzględnić należy, iż ta *opinio* jeszcze nie jest *communi eruditorum consensu confirmata et recepta*, i dlatego w sprawach dotyczących zdrowia i życia nie wypada gołosłownie opierać się na takich problematach, — i tyle o téj kwestyi *in genere*.

„Co się tyczy przypadku obecnego, to z powodów zwyż przytoczonych nie możemy wprawdzie wnosić *firmiter*, że dziecko umrzeć musiało *ante partum in utero*, dlatego jedynie, że płuca tonęły, — ponieważ jednak i inne *circumstantiae* na wzgląd zasługują, a mianowicie:

1) że podsądna uderzyła się o próg krótko przed porodem i mocno się przelękła;

2) że lekarze przy oględzinach nie znaleźli innego obrażenia nad rany, które zadane zostały dopiero po śmierci przez kucharkę za pomocą rożna;

3) że mleczarka zeznała pod przysięgą, jako krótko przed porodem macała brzuch podsądnéj i ruchów dziecięcia nie czuła;

4) że poród pierwszy i tak bywa ciężki, że więc dziecko w skutek upadnięcia i przestrachu (matki) osłabione z łatwością udusić się może śród porodu, i

5) że *pulmones* opadały na dno naczynia,—

uznajemy za rzecz bardzo prawdopodobną, iż dziecko albo przed albo śród ciężkiego porodu umarło, — zwłaszcza jeżeli za przyzwoleniem biegłych w prawie matka podsądnéj stwierdzi pod przysięgą cielesną, że jak już zeznała, dziecko miało wejrzenie zielonawe i jakby zgniłe, a w pępowinie kropli krwi nie było.“

Orzeczenie podobne w naszych czasach byłoby dla celów obrony całkiem dostateczne, ponieważ Sąd musiałby zaniechać śledztwa o dzieciobójstwo, a gdyby tego nie uczynił, naraziłby się na werdykt przysięgłych, dla oskarżonych korzystny. Przed 200 laty sądowi lipskiemu nie wystarczyło ani orzeczenie Wydziału wittenberskiego, ani nawet, nierównie daléj idące orzeczenia dwóch profesorów lipskich i Wydziału lek. w Frankfurcie,—obstawał on przy drakońskim przepisie ustawy Karolowéj, jak Shylok przy swoim układzie; „pewnych dowodów“ potrzeba było, a ponieważ ich dostarczyć nie mogła podsądna, a przyznać się do czynu, którego zapewne nie popełniła, nie mogła i nie chciała,— więc wypadało zmusić 15-letnią winowajczynię do przyznania. Schreyer rzuca zasłonę na dalszy bieg śledztwa, nie wspomina i Bohn o dalszych losach biednéj Anny Voigtówny, ale dowiadujemy się zkądinąd (F a b r i c e, pag. 286), że ławnicy lipscy opierając się na ustępie orzeczenia wittenberskiego, że pomimo niepływania płuc dziecko żyć mogło, zastósowali przepis ustawy: *„dieselbe mit peinlicher ernster Frag zu bekanntnuss der wahrheyt zu zwingen.“* Co wynikło z takiego „badania“ na turturach,—łatwo domyśleć się.

Domyślamy się też smutnego zakończenia sprawy po treści dodatku, którym Schreyer zakończa swoją rozprawę. *„Additamentum“* to, napisane częścią w języku łacińskim a częścią w niemieckim, mieści w sobie polemikę już to z Wydziałem wittenberskim, już też to z innymi przeciwnikami. Pierwszą zapowiada słowami: *„Sit sua Illustri Facultati „Medicae existimatio, interim pro meliori mea informatione „quaedam apponere licebit.“* W uwagach swych powołuje się głównie na C r a a n e n a, O v e r k a m p a, B l a n k a a r d a [1]) wszystkich niderlandczyków, a idąc za ich zdaniem radzi uskuteczniającym próbę płucną rozcinać płuca i rzucać po kawałku do wody, a jeżeli wszystkie kawałki opadają, uważa to za dowód pewny, że dziecko umarło *in utero;* poleca także badanie otworu jajowatego i stanu przepony. W końcu oddając hołd pracom uczonych zagranicznych powiada: *„Quare licet i n n o s t r i s G e r m a n o r u m A c a- „d e m i i s undique recepta sententia et argumentum de subsi- „dentia pulmonum n o n s i t, e x t e r i tamen fundamentum „agnoscunt infallibile; quis arguat igitur me audaciae aut „malae conscientiae, eosdem secutum?“* Zwracając się zaś raz jeszcze do orzeczenia Wydziału wittenberskiego wypowiada wieszcze słowa: *„Ut autem omnia cum pace Facultatis me- „dicae wittenbergensis dicta volo, ita videntur mihi illius „praesupposita i n p o m u m E r i d o s prolata, ut cuique prae- „sens sit ansa inquirere in veritatem, d e q u a e t e g o s u s u r- r a v i i n t e r O l o r e s.“*

[1]) Profesora amsterdamskiego, słynnego anatoma i okulistę, który pierwszy polecił wydobycie całéj soczewki ściemniałéj za pomocą cięcia płatowego.

Rzecz swoją kończy Schreyer jak następuje: „Otóż wszystko, co w sprawie nadmienionéj opowiedzieć i w obronie czci swojéj przytoczyć zamierzyłem; spodziewam się, iż wykazałem, że złośliwie mnie zdradzono, i w sposób oszczerczy znakomitości krajowe nieżyczliwie dla mnie usposobiano; popokazuje się bowiem, że wielu mężów, których nazwiska powyżéj wymieniłem, z a g r a n i c ą j u ż p r z e d e m n ą to samo zdanie wyłuszczało, ja zaś według zasad lekarskich zdanie ich podzielałem w taki sposób, w jaki *Collegia medica* rzecz za prawdziwą uznać powinny. R a y g e r już w r. 1677 zdanie swoje ogłosił; C r a a n pisał przed 20 już laty, gdy jeszcze był profesorem w Leydzie i zanim mianowany został lekarzem przybocznym JOgo Elektora brandenburskiego; O v e r k a m p jest o wiele starszy odemnie, również B l a n- k a a r d i inni, — nieprzyjaciele moi snać wcale ich znać nie musieli. Tym sposobem odpada podejrzenie, jakobym orzeczenie swoje wydał w skutek otrzymanego wynagrodzenia, a świadczę się całym światem, że nigdy w sposób nieprzyzwoity nie ubiegałem się o przychylność ludzi, a tém mniéj nie spotwarzałem lub okłamywałem niegodnie bliźniego dla własnéj korzyści, tak jak względem mnie postępowano. Co najważniejsza, a czego Bóg świadkiem i co moi oszczercy powinni byli uwzględnić,—gdy spisywałem wywód i powody, dlaczego o wykopaném w Greitzsch dziecięciu martwém w sposób jak wyżéj orzekłem, ojciec dziewki już nie znajdował się w kraju, zkąd się był wyniósł i dopiero za kaucyją powrócił,—jakże więc z nim wchodzić mogłem w jakieś porozumienie?, zwłaszcza, że człowieka tego wówczas wcale dobrze nie znałem. Można zapytać go się pod sumieniem, czy *judicium* moje za pieniądze wytargował lub czy kiedykolwiek pieniądze mi ofiarował? Byłoby wprawdzie rzeczą słuszną, aby mnie wynagrodzono, lecz przydomek owego człowieka *„der Zache“* dotąd tego niezezwala [1]). Powodowałem się li tylko swoim zawodem i nauką lekarską, a może więcéj od niejednego zajmuję się nauką; mogę biblijoteką swoją i rękopismami wykazać, czém się zajmuję, a czém kto inny może nie zajmuje się. Być szczęśliwym a uczonym, to rzeczy nie całkiem równoważne, a powodzenie samo przez się jeszcze nie czyni nikogo uczonym. Sumienie i obowiązek wskazały mi, abym pisał i mówił prawdę oraz przyczynił się do ratowania niewinnych, na czém i dotąd, zapewne zgodnie ze słowem Bożém, życie swoje zasadzam, bo wierzę, że z pewnością Sąd ostateczny ogarnie świat cały, i że każdy wedle dzieł swoich będzie sądzony, o czém i Cenzorowie moi powinni byli pomyśleć.“

Gdy Schreyer kończył już obronę swoją, dowiedział się, że przeciwnicy jego występują także z zarzutami przeciw niemu z powodu, że dzieło O v e r k a m p a pt. *„Oeconomia animalis“* przetłumaczył z języka holenderskiego na niemiecki, a to z powodu, że dzieło to ma być treści sprośnéj. Broni się biedny tłumacz i co do tego zarzutu: wykazując, że słynny Overkamp książkę swoją dedykował księciu Henrykowi Kazimierzowi Nasauskiemu, dziedzicznemu Namiestnikowi Fryzyi i Greningi, jeneralnemu kapitanowi milicyi Stanów

[1]) Z tych słów wynika, że wówczas lekarze, do czynności sądowych wzywani, nie otrzymywali wynagrodzenia za swą pracę od władzy. Wyraz *„der Zache“* w ówczesném narzeczu gminném według Adelunga znaczył tyle, co *„der Zähe,“* *„ein zäher Bezahler“* oznacza człowieka nieskorego do płacenia.

zjednoczonych niderlandzkich, a autor nie doznał żadnéj obmowy, tłumaczenie zaś przeszło przez cenzurę kościelną, a mimo to tłumacz narażonym się widzi na pociski ludzi złośliwych. Na usprawiedliwienie swoje przytacza nadto list sławnego prof. Bohna w Lipsku z d. 29 kwietnia 1690, w którym uczony ten oświadcza, że w książce Overkampa nie znalazł nic sprośnego, i że „*mundis omnia munda*;“ daléj dwa listy Wedela, prof. jenaiskiego, słynnego chemijatryka (ur. 1645 † 1721), z d. 6 i 20 maja 1690, napisane klasyczną łaciną, w których mieści się zdanie trafne „*in foro medico est natura praeside turpe nihil*,“ oraz rada również trafna: „*sufficit, operam tuam ab eruditis probari. Ista non melius curari possunt, quam negligendo.*“

Otóż treść dziełka Schreyera; wspomnieliśmy już, że o autorze nic więcéj nie wiemy, jak tylko, że był lekarzem praktycznym i fizykiem w mieście saskiém (obecnie pruskiém); z rozprawy omówionéj dowiadujemy się, że tłumaczył z holenderskiego dzieło lekarskie; najważniejszą jednak pracą jego było dziełko, które jest podstawą niniejszych uwag, dziełko małe i okolicznościowe, a jednak nader ważne. Dzieje lekarskie nic więcéj podać nie umieją o tym skromnym praktyku saskim; musimy więc uzupełnić sobie obraz posiłkując się wrażeniem, które wywołuje obrona najniesprawiedliwiéj pokrzywdzonego człowieka. Z całéj téj obrony wieje ujmująca każdego prostota i szczerość; poznajemy w piszącym lekarza myślącego, znającego piśmiennictwo lekarskie, a który to, co czytał i za dobre uznał, stósuje w praktyce, który śmiało, może nawet zanadto śmiało, przekracza granicę bezmyślnego naśladownictwa i nie oglądając się na to, że praktyka nie podążyła jeszcze za teoryją, staje się reformatorem, jakkolwiek w zakresie ciasnym. Fizyk małego miasta odwraca się od przeszłości, zwiastowując w orzeczeniu lepsze czasy; w uzasadnieniu swego zdania powołuje się wprawdzie na powagi, ale na takie, które po dziśdzień ze czcią głęboką wymienia każdy lekarz i przed któremi korzy się każdy, który cenić umie prawdziwą zasługę; kilku słowy kreśli historyję próby płucnéj począwszy od Galena, któremu bezsprzecznie należy się uznanie, że pierwszy odróżnił dokładnie płuca płodowe od płuc, które oddychały, aż do Harveya, Swammerdama, Bartholina i Raygera. Przeciwnikom swoim zarzuca, że jedni nie uwzględniają doświadczeń, drudzy przysięgają ślepo na słowa mistrza, inni wreszcie lgną uparcie do własnego zdania nie uwzględniając autorów nowszych. Zarzut to bardzo słuszny, albowiem historyja uczy, że każdy reformator napotyka we własnym obozie na opór największy ze strony ludzi w najlepszéj zapewne wierze i z wytrwałością nadzwyczajną broniących sprawy upadającéj. W skromności swéj Schreyer zapewne nie pomyślał o tém, że zawód, który go spotkał, postawił go obok pierwszorzędnych reformatorów nauki, obok Vesala, Harveya i innych, którzy zamiast uznania doczekali się również niewdzięczności i oszczerstw ze strony swych kolegów; nie bierze przykładu z nich, bo nie rości sobie pretensyj do zajęcia wybitnego stanowiska; wszakże powiada o sobie, że w gronie mężów poważnych i powołanych skromnie odezwał się ze zdaniem swojém, „mruknął tylko śród łabędzi;“ tém mocniéj odczuwa ból, gdy za proste spełnienie obowiązku widzi się narażonym na obmowę i prześladowanie. A prześladowanie to musiało biednemu lekarzowi bardzo dawać się we znaki, skoro w 9 lat późniéj widzi się zmuszonym do pisania obrony swojéj; orzeczenie Wydziału wittenberskiego, do którego późniéj jeszcze powrócimy, mimowolnie stało się powodem niedoli nie tylko obwinionych ale i obducenta, a więc dziwić się nie możemy, że Schreyer pomimo swéj skromności krytykuje to orzeczczenie, powołując się głównie na autorów zagranicznych i przyznając pod tym względem wyższość zagranicy nad akademijami niemieckiemi. Zapewne, że sam pokrzywdzony przez ludzi złéj woli, którzy nie wahali się posądzić go o przekupstwo, w zmartwieniu swém krzywdzi Wydział wittenberski, przypisując mu tendencyje wsteczne, ale w wycieczkach swoich przeciw temu Wydziałowi posługuje się tylko wywodami naukowemi, mając po swéj stronie nie tylko dwóch profesorów lipskich i Wydział lek. w Frankfurcie, ale nadto wielu innych uczonych. A jednak nader trafném było orzeczenie wittenberskie, bo i teraz, pomijając wywody mniejszéj wagi, żaden Wydział lekarski w sprawie podobnéj nie byłby orzekł inaczéj. „Jeżeli płuca toną we wodzie, jest to dowodem, że nie oddychały, ale nie jest to także dowodem, że dziecko w łonie macierzyńskiém umrzeć musiało, ponieważ tak śród porodu, jak po porodzie dziecko żywe może być zgładzone, zanim oddycha“ — nawet w téj stylizacyi ostrożnéj zdanie Wydziału wittenberskiego jeszcze nie uchodzi obecnie za nieomylne, zwłaszcza po zarzutach przed kilkunastu laty podniesionych przez Schrödera; ale przyznać należy, że orzeczenie to, jako przed 200 laty wydane, uderza trafnym i nieuprzedzonym poglądem na sprawę całą. Dziwnym zbiegiem okoliczności w chwili, kiedy to piszemy, otrzymujemy najnowszą pracę w przedmiocie próby płucnéj napisaną przez prof. Tamassię w Pawii, zwalczającą na podstawie doświadczeń zarzuty Schrödera, kończącą się orzeczeniem: „*qualora la docimasia idrostatica e gli altri* „*esami che la completano, dimostrino nel pulmo*-„*ne la mancanza assoluta d'aria, si può ritenere*, „*che l'infante non ha mai respirato*,“ a więc w zupełności potwierdzającą orzeczenie Wydziału wittenberskiego.

Nie z winy więc tego Wydziału przegrali sprawę Thomasiusz i Schreyer; nie z jego winy matka i córka 15-letnia poszły na męki a ojciec na dobrowolne wygnanie; rodzina cała padła ofiarą barbarzyńskiego uprzedzenia, ciążącego jak na społeczeństwie ówczesném, tak i na postępowaniu karném i sądownictwie; a prześladowania, których Schreyer doznawał przez szereg lat a może przez resztę życia, i przeciwności, na które narażony był Thomasiusz, a które go zmusiły nawet do porzucenia Lipska, właśnie wtedy gdy wyszła rozprawka Schreyera, były tylko poszczególnemi ogniwami w ciężkim, krępującym wszelki ruch swobodny, łańcuchu przesądów.

Historyja, światło prawdy, sowicie wynagrodziła Schreyera za niepowodzenie, doznane za życia; przechowała ona imię skromnego lekarza przez lat 200 i nie wątpimy, że je przekaże i najpóźniejszym potomkom i następcom naszym. Dopóki lekarze posługiwać się będą próbą płucną, dopóki sądownictwo na niéj polegać będzie,—dopóty imię Schreyera zachowa się w wdzięcznéj pamięci tak lekarzy jako i prawników. Nie przeceniamy bynajmniéj zasług Schreyera: wszak on sam otwarcie przyznaje, że nie rości sobie pretensyj do wynalezienia próby, że przed nim począwszy od Galena aż do Raygera wielu innych znakomitych mężów o niéj pisało, i że on nie pojmuje, dlaczego go ludzie złośliwi obwiniają o zuchwałość lub niesumienność, gdy poszedł za przykładem owych znakomitości? Mimo to wszystko wprowadzenie téj próby w praktykę sądowolekarską, postawienie jéj, że tak powiemy, na porządku dziennym i zagajenie dys-

kusyi nad nią, pozostaje niezaprzeczoną i wyłączną zasługą naszego autora. Rzecz to nie małéj wagi, jeżeli sobie przypomnimy, że kwestyja poruszona przez Galena przez 16 wieków leżała odłogiem, aż ją przypomniał mimochodem nieśmiertelny Harvey w r. 1651, i znów minęło lat kilkanaście, zanim Bartholin (1663), zwrócił uwagę na pływanie a względnie tonięcie płuc we wodzie, zanim wreszcie Swammerdam i Rayger równocześnie (1677), pierwszy wytłumaczył przyczynę pływania płuc, które oddychały, a ostatni podał myśl korzystania z tego faktu w sprawach sądowolekarskich. Kto wie, gdyby nie zuchwalość (*audacia*) Schreyera, czy rzecz cała nie poszła była znów w zapomnienie lub przynajmniéj w znaczną odwłokę! Wszakże widzimy, jak dalece nieprzygotowanych sprawa zastała uczonych poszczególnych oraz grona uczone w Niemczech. Wydziały lekarskie albo wprost przyznają się do braku doświadczenia własnego, albo powołują się na doświadczenie cudze a nawet nie wahają świadczyć się wiedzą akuszerek; słusznie Schreyer wskazuje na to, że „*in nostris Germanorum Academiis*“ wiedza o opadaniu płuc płodowych nie jest jeszcze rozpowszechnioną, podczas gdy za granicą rzecz się ma odwrotnie. A jednak oddanie kwestyi pod dyskusyję naukową w Niemczech było bardzo wskazaném, ponieważ w państwie têm w drugiéj połowie 17go wieku, głównie w skutek dopominania się Welscha (1660), sekcyje sądowe zaczęto uskuteczniać w każdym przypadku śmierci gwałtownéj, a więc nie brakowało materyjału ku sprawdzeniu nowéj próby.

To też widzimy, że próba płucna raz uskuteczniona przez Schreyera, już nie zchodzi z porządku dziennego aż do chwili obecnéj. Rozpoczynają się odrazu żwawe rozprawy *pro* i *contra*, a niezliczonym jest zastęp szermierzy, usiłujących już tu stwierdzić znaczenie i doniosłość téj próby, już też to wykazać jéj nicość i zastąpić ją innemi, niby pewniejszemi nierównie próbami. Pomijając Ettmüllera, który jeszcze przed wystąpieniem Schreyera skompromitował się twierdząc, że i płuca płodowe pływają, przypomnieć należy obu pierwszych przeciwników próby płucnéj Zollera (1691) a przedewszystkiém Bohna, który w 2 wydaniu dziełka swego: *De renunciatione vulnerum* (wydanie 1 w r. 1689, 2 w r. 1711) poświęcił w dodatku (*Appendicis dissertatio I*) osobną rozprawę dzieciobójstwu (*De infanticidio*, pag. 169—192) a poprzednio już (1704) w dziele swojém większém (*De officio medici duplici*) rozprawia o dzieciobójstwie (pag. 662—675), zbijając wszystkie prawie dowody, przemawiające na korzyść próby. Przekroczyłoby to znacznie ramy niniejszéj rozprawki, gdybyśmy choć zwięźle zechcieli przedstawić obraz owéj walki, która przez dwa wieki toczyła się nad próbą płucną, a po części nawet i dziś jeszcze nie jest rozstrzygniętą stanowczo; gdybyśmy chcieli wykazać, jak wszelkie usilowania, aby ją zastąpić próbami dokładniejszemi, okazały się płonnemi; na coby się zresztą wszystko to zdało? wszakże wszystkie te próby nowsze znikały z widowni, zaledwie ukazawszy się, i stały się podobnemi do zardzewiałych okazów, przechowywanych w zbrojowniach historycznych; wszakże *per tot discrimina rerum* stoimy obecnie prawie na stanowisku, zajętém odrazu przez Wydział lek. w Wittenbergu, a według przytoczonych wyników ostatniéj pracy prof. Tamassii nie pozostaje nam, jak tylko pisać się bezwarunkowo na to orzeczenie.

Czyż więc nie oddał Schreyer usługi niepospolitéj wprowadzając w praktykę próbę, tak ważną dla celów sprawiedliwości, a która nie tylko przeżyła wszystkie inne współzawodniczki i przetrwala lat 200, ale nawet w czasach naszych, których hasłem jest ścisłe badanie, stoi niewzruszona na stanowisku, naznaczoném sobie przez Wydział wittenberski? Jeżeli jednak próba ta, już sama przez się jest tak ważną w praktyce sądowolekarskiéj, to nierównie ważniejszemi dla ludzkości i umiejętności stały się następstwa, które wyniknęły z owego napozór małoznacznego kroku lekarza saskiego. (Dok. nast.)

IV. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Kwestyja urządzania osobnych przytulisk dla obłąkanych, którzy dopuścili się czynu karygodnego a z powodu obłąkania uwolnieni zostali od odpowiedzialności, zajmuje znów umysły we Francyi. Wiadomo, że w Anglii istnieje już od dawna zakład podobny w Broadmoor pod Londynem, przeznaczony wyłącznie dla obłąkanych zbrodniarzy (*criminal lunatic*). We Francyi minister spraw wewnętrznych wyznaczył był Komisyję, mającą przejrzeć ustawę z r. 1838 odnoszącą się do traktowania obłąkanych i po'ać wnioski co do umieszczania w przyszłości obłąkanych zbrodniarzy. Komisyja ta oświadcza się za osobnemi zakładami dla téj kategoryi chorych, jakkolwiek pytanie to pomiędzy psychijatrami jest jeszcze sporném. *Le Progrès méd.* w Nr. 2 z rb. oświadcza się przeciw potrzebie osobnych zakładów, wychodząc ze słusznego zapatrywania, że chory przedewszystkiém jest chorym, że więc należy mu się pomieszczenie w szpitalu a nie w więzieniu, bez względu na to, czy jako obłąkany dopuścił się czynu karygodnego lub nie. Bardzo trafny przykład przytacza autor tego artykułu, zapytując się, jaka zachodzi różnica pomiędzy położnicą, która popadłszy w obłąd wyrzuca dziecko swoje przez okno, a położnicą, która w obłędzie dziecka nie wyrzuca, dla tego że może nie miała sposobności? Czy z tego powodu pierwszéj należy się inne pomieszczenie, jako zbrodniarce, a drugiéj inne, jako choréj?

○ W *Wien. med. Wochenschrift* czytamy co następuje: „Zwracamy niniejszém uwagę na wina lecznicze wyrabiane przez Dra Mikolascha, które są sumiennie przyrządzane a przytém bardzo smaczne. Dr. Braun v. Fernwald, Dr. Spath, Dr. Lorinser, Dr. Drasche, Dr. Biesiadecki i wielu innych oddali tym wyrobom najzaszczytniejsze uznanie a ma to têm większe znaczenie, że nikt inny nie może wykazać się takiemi świadectwami, gdyż Panowie ci nie łatwo komu świadectwa wystawiają. Także i napoje dla chorych i rekonwalescentów, jakie wyrabia Dr. Mikolasch, cieszą się niepodzielném uznaniem wszystkich znawców. Win leczniczych i napojów dla rekonwalescentów nabyć można we wszystkich więcéj znanych aptekach a skład główny znajduje się u Wilhelma Maagera w Wiedniu, Heumarkt, Nr. 3“.

Cieszy nas, że wyroby téj w kraju znanéj firmy i wśród obcych znajdują uznanie, gdyż równocześnie i my słyszeliśmy także, iż wielu kolegów w Krakowie i w kraju, którzy win tych doświadczali, z uznaniem wyrażali się o wyrobach p. Mikolascha, mianowicie o jego winach leczniczych i wodach lekarskich.

* Skład Rad sanitarnych krajowych: W Austryi dolnéj: Radzca namiestn. Dr. Karajan, mianowani przez Rząd: Drowie Inhauser b. fizyk m. Wiednia, Kammerer obecny fizyk, dyrektor Lorinser, prof. Nowak, docent Oser, lekarz powiatowy Witlačil; z ramienia Wydziału krajowego Drowie Gauster i Natterer, oraz weterynarz krajowy Dr. Werner; — w Król. czeskiém: Radzca namiestn. Dr. Pissling, mianowani przez Rząd proff. Halla, Weber i Gintl, dyrektor Smoler i fizyk miejski Pelz; z ramienia Wydziału kraj. prof. Hasner i Dr. Tedesco; — na Morawie: Radzca namiestn. Dr. Kusy, fizyk m. Dr. Boner, dyrektor Haller, prymaryjusze Katholicky i Brenner, Drowie Kuh i Wolf.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 30 grudnia do 6 stycznia 1883 umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: 27,8. Z błonicy umarło 2 (0 z. t.); z gorączki połogowéj 0 (1 z. t.); z rózy 1 (0 z. t.); z kiły 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku ospy, 1 odry, 1 płonicy, 1 błonicy, 1 duru brzusznego. W tygodniu od 24—30 grudnia ospa w Londynie była łagodniejsza. Umarło 2, zapadło

świeżo 14, leczyło się w szpitalach 91. W Wiedniu i Budapeszcie umarło po 2, w Brukseli, Warszawie i Aleksandryi po 3, w Walencyi 5, Paryżu 11, w Granadzie 15, w Madrycie 17, w Petersburgu 28. Ospa częściéj się pojawiała w Barcelonie, Murcyi, Lizbonie, Filadelfii, Baltimore i Nowym Orleanie. Odra panowała w Roterdamie i Hadze, błonica w Amsterdamie. Tyfus brzuszny łagodnieje w Paryżu i Aleksandryi. W Paryżu umarło 66, w Aleksandryi 5. Czerwonka bardziéj się rozszerzyła w Aleksandryi. Z duru osutkowego umarło w Londynie i Madrycie po 1, w Amsterdamie i Petersburgu po 2, w Maladze 3, w Waencyi 4. W Kalkucie umarło od 13—18 listopada 61 osób z cholery, w Hedjaz od 7 grudnia nie zaszedł żaden przypadek cholery.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 24—30 grudnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 26,7; w Warszawie 35,8; w Poznaniu 18,1; w Wiedniu 24,7; w Budapeszcie 22,5; w Pradze 33,5; w Tryjeście 27,7; w Berlinie 24,4; w Wrocławiu 28,5; w Gdańsku 22,3; w Mnichowie 28,4; w Kolonii 28,7; w Dreźnie 23,1; w Lipsku 21,0; w Bazylei 18,7; w Brukseli 22,3; w Amsterdamie 28,9; w Hadze 23,6; w Paryżu 25,9; w Londynie 23,0; w Kopenhadze 20,6; w Stokholmie 31,8; w Petersburgu 39,4; w Odesie 31,8; w Rzymie 25,6; w Wenecyi 33,0; w Bukareszcie 33,5; w Madrycie 50,6; w Lizbonie 23,2; w Aleksandryi 45,1; w Nowym Yorku 23,3; w Filadelfii 23,4; w Bombayu 26,1; w Madrasie 31,1. *J. B.*

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 18 stycznia. W przyszłym tygodniu (w dniu i godzinie późniéj oznaczyć się mających) odbędzie się wykład próbny Dr. Em. Macheka, asystenta kliniki okulistycznéj, habilitującego się jako docent prywatny okulistyki w Uniw. Jagiell. Dr. Machek ma sobie przez Wydział wyznaczony temat: „Pogląd na nowsze teoryje jaskry.“

* **Kraków** d. 17 stycznia. W ostatnim zeszycie swego archiwu Virchow zastanawia się nad barbaryzmami w mowie lekarskiéj, a z rozprawy téj wynika, że wielki anatom, antropolog, mowca parlamentarny, jest i dzielnym filologiem, że obok rozlicznych swych zatrudnień znajduje i chwilę czasu, aby walczyć przeciw barbarzyńskiemu naginaniu wyrazów obcych do mowy lekarskiéj. Jakkolwiek wielkiemu uczonemu rozchodzi się przedewszystkiém o każenie języka niemieckiego, to niemniéj uwzględnia i kaleczenie greczyzny i łaciny, a niektóre uwagi przydadzą się i dla nas. Wszak od Niemców przyjęliśmy także wyrażenia: tabetyczny, luetyczny, które powinny ustąpić miejsca wyrażeniom: tabiczny, syfilityczny. Że wyraz „diphtheritis“ zaprowadzony przez Bretonneaua przed 60 laty znaczy tylko tyle co zapalenie skóry, a więc jest nieodpowiednim, wiemy wszyscy: Virchow przenosi wyraz „Diphtheria“ zalecony przez Farra. Na ten wyraz i my zgodzić się powinniśmy, raz że się nadaje do spadkowania, a powtóre, że się przez to pozbędziemy może dzikiego wyrazu: „dyfteryt“, który przyjął się w niektórych okolicach naszych. Że należy mówić i pisać Gummi syphiliticum a nie gumma, o tém wszyscy wiemy a piszemy jednak i mówimy: gumma. Virchow nie szczędzi przytyku Rokitańskiemu, twierdząc, że za jego przykładem anatomowie używają wyrażeń niemieckich, sprzecznych z duchem języka, a w usprawiedliwieniu niejako reformatora anatomii patolog. przypomina, że był Słowianinem i że otoczenie jego wiedeńskie także poprawnie po niemiecku nie mówiło. (Co powie na to Wiedeń?). Dziwnym sposobem jeden z barbaryzmów wytkniętych Rokitańskiemu przez Virchowa, dostał się także i do naszéj mowy, jest nim wyrażenie: „mniéj więcéj“ zamiast „mniéj lub więcéj“.

Przepraszamy Czytelnika, że znów zaczepiamy o kwestyję językową; zdaje się jednak, że to rzecz wcale niezbyteczna, skoro jéj Virchow poświęca nie zakącie lecz miejsce naczelne w czasopiśmie swém; my zdaliśmy tylko krótką sprawę z jego artykułu.

* Do Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie przystąpili od d. 1 stycznia b. r. jako prenumeratorowie: Dr. Danielski z Alwerni, Dr. Longchamps ze Lwowa, Drowie Machek, Rosenblatt i Schramm, i mag. farm. Radler z Krakowa.

* **Lwów**. D. 3 lutego odbędzie się w sali kasyna mieszczańskiego bal, urządzony staraniem Towarzystwa lek. Galicyjskiego na korzyść funduszu wdów i sierót po lekarzach. Kwoty ofiarowane na cel ten odbiera Dr. Karol Smutny (Lwów, ul. Kopernika 1).

* **Warszawa**. Redaktorem *Kroniki Lekarskiéj* w roku bieżącym wybrany został Dr. Wład. Krajewski, wydawcą jest Dr. Fr. Kobyliński.

* W noworocznym numerze *Kur. Warsz.* uderzyło nas ogłoszenie pewnego kolegi i rodaka, praktykującego we Wiedniu, ofiarującego chorym pomoc. Ogłoszenie to uważaliśmy za bardzo niewłaściwe i jako takie uznaje je także *Gaz. Lek.* (Nr. 2). W ogóle, o ile wiemy, jest to pierwszy przypadek, że lekarz mieszkający w Wiedniu, wzywa chorych, już nie z prowincyi ale z innéj stolicy; szkoda tylko, że kolega ten zapewne się nie dowie o przykrém wrażeniu, które wywołał przez postępowanie swoje nieodpowiednie.

☐ **Praga**. D. 8 b. m. Towarzystwo lekarzy czeskich odbyło walne doroczne zgromadzenie. Z sprawozdania sekretarza Doc. Dra Maixnera widzimy, że Towarzystwo z końcem 1882 r. liczyło 412 członków: 14 honorowych, 99 czynnych, 299 korespondentów, o 16 członków więcéj aniżeli w roku zeszłym. Posiedzeń odbyto 40; odczytów treści naukowéj było 30. Do wybitniejszych czynności literackich należało opracowywanie ciągu dalszego zbiorowego dzieła: Odborné pathologie a therapie, wydawanie Časopisu lékařův č. oraz wydanie Rocznika kalendarza lekarskiego. Sprawozdanie kończy się na wyliczeniu wszystkich czynności i zachodów Towarzystwa, z zawodem i nauką lekarską styczność mających. Stan majątkowy Towarzystwa również jest kwitnącym, jak to wynika z sprawozdania Dra Zita. Časopis l. č. odbija się w 750 egzemplarzach; dochody dziennika przewyższyły rozchód. Ustępującemu prezesowi prof. Eiseltowi wyraził Dr. Schöbl w imieniu Towarzystwa wdzięczność i uznanie za długoletnie umiejętne i troskliwe kierowanie sprawami Towarzystwa. Na rok 1883 wyszli z urny wyborczéj: prezesem Dr. Schöbl, wiceprezesem Dr. Salmon, (Časopis l. č. Nr. 2).

* **Węgry**. W głośnéj sprawie Tisza-Eszlarskiéj (p. Przegl. Lek. z r. z. Nr. 48) wydane wreszcie zostało orzeczenie znawców kompetentnych proff. Scheuthauera, Mihalkovicsa i doc. Belkyego. Powiadamy wreszcie, gdyż znawcy mieli do walczenia z trudnościami, o jakich u nas nie ma się pojęcia. Odbyli oni w swoim czasie ponowne oględziny zwłok kobiety z Cisy wydobytéj, poczém prosili o przesłanie zwłok do Pesztu, celem bliższego ich zbadania. Sąd w Nyiregyhaza nagle stanął w obronie spokoju nieboszczki a zaledwie zdecydował się przesłać do Pesztu część ciała. Znawcy badali jak najskrupulatniéj a nawet radzili się specyjalistów we Wiedniu, Gracu i Pradze, a głównie prof. Toldta, który niedawno ogłosił w dziele Maschki rozprawę o kościach ze stanowiska sądowolekarskiego. Orzeczenie ostateczne pod wielu względami jest ciekawe, bo téż wynik badania prześcignął wszystkie nasze przypuszczenia. Pokazało się, że z opisu obducentów jeden tylko szczegół zgodny był z rzeczywistością, a mianowicie, że mózg zamieniony był w płyn czekoladowy. Nieprawdą zaś było, jakoby ciało dobrze było utrzymane powierzchownie, bo przeciwnie części miękkie były zmydlone, i jak rozpad mózgu świadczył za tém, że śmierć nastąpiła przed kilku tygodniami, zmydlenie przemawia za tém, że ciało leżało przez kilka tygodni w wodzie. Rozpad ciała więc dozwala przypuścić, że kobieta z Cisy wydobyta umarła w czasie, kiedy znikła Estera Solymosówna. Jako prawdopodobną przyczynę śmierci jéj znawcy uważają utonięcie. Wiek niewiasty oznaczają na lat 14 do 17, a ponieważ Estera liczyła lat $14^3/_4$, przypuszczają, że ciało w mowie będące może być ciałem Estery; nadto prof. Toldt posiada kościec dziewczyny 14-letniéj, który prawie pod każdym względem jest podobny do kośćca kobiety z Cisy wydobytéj. Następnie znawcy podają, że przed pierwszą sekcyją nie podobna już było rysów trupa rozpoznać, daléj że włosy nie były odcięte ani wyrwane, lecz urwane, wreszcie, że podczas pierwszéj sekcyi ciało już było ogołocone z przyskórka i paznogci, a obducenci uważali miazdrę za przyskórek a macicę paznogciową za paznogcie! Słowem orze-

czenie profesorów budapeszteńskich jest wyrokiem potępiającym nie tylko obducentów, ale i sądownictwo węgierskie, a z całego toku ich przedstawienia rzeczy wynikać się zdaje, iż mają przekonanie, że kobieta wydobyta z Cisy jest Esterą Solymosówną, zmarłą w skutek utonięcia lub utopienia.

□ **Rosyja.** Sprawa kursów lekarskich dla kobiet i rozwielmożnienie się homeopatów w stolicy Rosyi ciągle jeszcze zajmują świat lekarski. *Wracz* w Nr. 51 donosi o postanowieniu grona profesorów lekar. kursów dla kobiet, łożenia na utrzymywanie pracowni naukowych z własnéj kieszeni, zanim zbiorą się potrzebne fundusze. Składki na ten cel z dniem każdym wzmagają się i to nietylko od osób pojedynczych, ale i od Towarzystw. W celu ostudzenia zbyt wielkiego zapału dla homeopatyi miał prof. Eichwald kilka odczytów publicznych, w których pouczał o braku wszelkiéj umiejętnéj podstawy w téj herezyi lekarskiéj, następnie potrącił o prace drukowane widoméj głowy homeopatów petersburskich Ditmanna, wykazując całe jego nieuctwo. Wspominaliśmy już, że homeopaci z Ditmannem na czele twierdzą, że niezawodnie wyleczają chorych na błonicę; tém zaręczeniem zwabione Towarzystwo „Czorwonego Krzyża", urządziło szpital homeopatyczny; pierwszy chory na błonicę, na którym Ditmann miał wykazać nieomylną skuteczność lekowania homeopatycznego, — umarł.

W Karsie ma stanąć pomnik wartości 8000 rs. dla lekarzy wojskowych, którzy poginęli podczas ostatniéj rosyjsko-tureckiéj wojny.

Ruskije Wiedomosti donoszą, że w Giok Tepe miała szaleć w połowie września taka burza, że porozrzucała baraki szpitalne z chorymi na 2—3 wiorstwową przestrzeń, przyczém 5 osób śmierć znalazło.

W ostatnich dniach przeszłego roku umarła w Petersburgu Dr. Maryja Mordwinowa z błonicy, któréj nabyła od chorego. Zmarła pochodziła z rodziny arystokratycznéj i bardzo zamożnéj, została lekarzem z pobudek filantropijnych; przed otrzymaniem jeszcze dyplomu niestrudzona pracowała w szpitalach wojskowych: w Bukareszcie, Braile i Fratesztach, gdzie przebyła dur plamisty, a następnie powrotny. W r. 1880 doktoryzowała się i oddała życie w posługach ubogich i maluczkich. (*Wracz* Nr. 51).

* **Wiadomości uniwersyteckie. Lipsk.** Docent prywatny Dr. Strümpell mianowany prof. nadzw. i kierownikiem poli kliniki lekarskiéj.

* **Odznaczenia.** Prof. Nussbaum w Monachijum otrzymał tytuł i rangę tajnego radzcy.

* **Wiadomości osobowe.** Egzamin uprawniający do ubiegania się o posadę fizyka rządowego złożyli w Berlinie Drowie Waleryjan Dembczak i Mikołaj Schönke z Poznańskiego, oraz Leopold Różycki z Torunia. — Starszy lekarz sztabowy 1éj klasy Dr. Derblich, dotychczas kierownik szpitala garnizonowego w Pradze przeniesiony został w tym samym charakterze do Budapesztu, a starszy lekarz Dr. Bronisław Majewski otrzymał pozwolenie przyjęcia serbskiego medalu wojennego. — W Akademii lekarskiéj w Petersburgu uzyskali stopień lekarzy pp. Henryk Lawcewicz, Andrzéj Montwiłł, Aleksy Rączewski, Witold Sawicz, Józef Supiński, Kaźmierz Szepietowski, Ignacy Tarkowski, Hilary Zaniewski-Michanowicz i Wierzbicki (*Kur. Warsz.*).

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 2: Brunnera: O porażeniach dyfterytycznych (dok.); Ciekawego i Talki: Uwięzgnięcie ziarna harbuzowego w krtani dziecka. W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 2: Jerzykowskiego: Uwagi nad wstrzykiwaniami do jamy macicy; Ebana i Jasińskiego: Przypadek kończyn dolnych nadliczbowych potwornych (dok.).

Redakcyja otrzymała:

J. PAWIŃSKI: Przyczynek do nauki o powstawaniu zmęczenia i wyczerpania mięśni serca przy wadach zastawek serca. (Odbitka z *Gaz. Lek.*) Warszawa 1882, in 8vo str. 25.

Piśmiennictwo lekarskie. FINKELNBURG. Ueb. die Aufgaben d. Staates zur Bekämpfung der Trunksucht. Vortrag. gr. 8. Magdeburg, Faber. M. 75.

FLECHSIG PAUL. Die körperlichen Grundlagen d. Geistesstörungen. Vortrag. gr. 8 Leipzig, Veit et Co. M. 1.20.

W poniedziałek dnia 22 b. m. o godzinie 6éj wieczór w sali wykładowéj Gabinetu fizycznego prof. Dr. Wróblewski będzie miał wykład dla członków Tow. lek. krak. o niektórych nowszych wynalazkach fizycznych zostających w związku z naukami lekarskiemi.

Na fundusz wdów i sierót po lekarzach przy Tow. lek. gal. istniejący złożyli: prof. Dr. Walery Jaworski kwotę 5 złr. Prof. Dr. Rydel i doc. Dr. Grabowski po 10 złr., Dr. Kohn 5 złr. i Dr. Ściborowski 3 złr. Razem 33 złr.

Na fundusz portretu śp. prof. Dra Kozubowskiego kol. Ściborowski złr. 2. Razem z poprzednio złożonemi 61 złr. i 8 rsr.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. L. Blumenstok.

L. 1270.

KONKURS.

Wydział powiatowy podhajecki ogłasza niniejszém konkurs na posadę lekarza ordynującego w szpitalu powszechnym w Podhajcach z płacą roczną 500 złr. w. a., a to na lat dwa. Posada powyższa przy należytém pełnieniu obowiązków może być przedłużona na dalsze dwa lata. Podania należycie ostęplowane należy wnieść do Wydziału powiatowego najdaléj do dnia 31 stycznia 1883 i w nich wykazać: wiek, stan, miejsce urodzenia i stopień Doktora wszech nauk lekarskich otrzymany na jednym z Uniwersytetów austro-węgierskiéj monarchii.

Z Wydziału Rady powiatowéj w Podhajcach dnia 2 Stycznia 1883 r.

Dr. Michał Kaufmann były lekarz kąpielowy w Jaworzu ma zaszczyt zawiadomić Szan. Kolegów, że z rozpoczęciem bieżącego sezonu ordynować będzie jako lekarz zdrojowy w Maryjenbadzie.

L. 385.

KONKURS.

Niniejszém rozpisuje się konkurs na stypendyjum fundacyi Walentego Szklarskiego, ces. Radcy stanu rosyjskiego, dla uczniów medycyny Uniwersytetu Jagiellońskiego w kwocie 900 złr. w. a. a to pod następującemi warunkami:

1) O stypendyjum ubiegać się mogą niezamożni uczniowie medycyny w Uniwersytecie Jagiellońskim, którzy studyja swe ukończyli, najdaléj w przeciągu dwóch lat po ukończeniu studyjów. Każdy z ubiegających się powinien zobowiązać się pisemnie, że w razie udzielenia stypendyjum w przeciągu najbliższego roku złoży egzaminy doktorskie, jeżeli ich jeszcze nie złożył, a następnie celem dalszego kształcenia się wyjedzie na jeden rok za granicę.

2) Wydział medyczny Uniw. Jagiell. w porozumieniu się z Dyrektorem Biblioteki U. J. udziela stypendyjum co dwa lata w dniu 14 lutego jako w dzień imienin testatora lub na najbliższém posiedzeniu po 14 Lutego przypadającém temu z pomiędzy ubiegających się, który w ciągu swych studyjów najwięcéj odznaczył się moralnym charakterem, talentem i dążności ku głębszéj naukowéj pracy.

3) W każdym razie wykształcenie za granicą ma mieć za cel przyszłą uprawę naukową pewnéj gałęzi lekarskiéj bądź teoretycznéj bądź praktycznéj; ma więc być przysposobieniem do zawodu naukowego a nie do samege lekarskiego wykonawstwa wymagać więc należy dowodów uzdolnienia i zamiłowania naukowego okazywanego już to w pracowniach już to w klinikach, z szczególném przykładaniem się do pewnego rodzaju poszukiwań, dokonywanemi ćwiczeniami i pracami, gorliwém zajmowaniem się jakąś szczególną gałęzią lekarską itp.

4) Jako rękojmi pożytecznie za granicą użytego czasu i funduszu wymagać należy od pobierającego stypendyjum dokładnych i wiernych sprawozdań półrocznych piśmiennych z całego toku zajęć naukowych i z osiągniętych niemi wypadków tak pod względem wykształcenia osobistego jak i zebranych spostrzeżeń, doświadczeń i dokonanych prac.

Podania w myśl powyższych warunków należycie uzasadnione wnosić należy na ręce podpisanego najdaléj do końca Stycznia 1883 r.

Kraków dnia 18 Grudnia 1882.

Rydel
t. r. Dziekan Wy dz. lek.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 27 stycznia 1883. **№ 4.** Rok XXII.

I. O wewnętrznem stósowaniu przetworów i wód żelezistych w praktyce lekarskiéj.

Skreślił Dr. Walery Jaworski.

Użycie przetworów żelezistych w praktyce lekarskiéj jest tak rozpowszechnionem, że każdy lekarz, mając do czynienia z chorym niedokrewnym lub wyzdrowieńcem stósuje je, w nadziei, że za pomocą nich wywoła zwiększenie liczby ciałek czerwonych krwi i jéj plastyczności a przeto i polepszenie ogólnego odżywienia. Zapatrywania jednak w tym względzie są dotąd bardzo podzielone. Podczas gdy jedni badacze (Mitscherlich, Nasse) stwierdzili u zwierząt powiększenie ilości ciałek i ciężaru gatunkowego krwi pod wpływem przetworów żelezistych, drudzy doszli do wyników ujemnych, nie mogąc równocześnie wykazać powiększenia ilości żelaza w moczu, o czém się przekonał Schroff u królików a obecnie potwierdził C. Voit najświeższemi doświadczeniami, uskutecznionemi na psach. Doświadczenia zaś kliniczne na chorych, z których jedne nie wykazują żadnego, a drugie dodatni wpływ leczniczy przetworów żelaza, nie są tak ścisłe i wolne od zarzutów, aby z nich wysnuć pewne wnioski. Stosując bowiem w praktyce lekarskiéj przetwory żeleziste zaleca się równocześnie pewną dyjetę i to najstrawniejszą i najpożywniejszą, zwłaszcza u rekonwalescentów. Ztąd trudno powziąć przekonanie, czy osiągnięte pomyślne skutki należy położyć na karb użycia przetworów żelezistych, czy też na dyjetę i inne uboczne okoliczności, lub też na przełamanie się saméj choroby.

Co się zaś tyczy zapatrywania ze stanowiska chemiczno-fizyjologicznego na zachowanie się przetworów żelaza w przewodzie pokarmowym, to trzeba mieć na względzie własność połączeń żelaza, zwyczajnie używanych, że one z natury swéj tylko w rozczynach kwaśnych lub obojętnych w rozpuszczeniu znajdować się mogą i tylko z nich wessaniu ulegają, z rozczynów zaś alkalicznych opadają. W przewodzie pokarmowym wydzielina obojętna i kwaśna znajduje się tylko w pierwszéj jego części, a ostatnia tylko w żołądku. Następne odcinki przewodu pokarmowego wydzielają treść alkaliczną, a ostatnie zawierają nawet siarczki alkaliczne, strącające jak najdokładniéj żelazo z rozczynu. To też jeżeli ma się liczyć na wessanie żelaza w przewodzie pokarmowym, należy przypuścić nie uwzględniając wątpliwéj minimalnéj rozpuszczalności strąconego żelaza w tłuszczach i cieczach alkalicznych organicznych, że ono ma miejsce prawie tylko w żołądku, i to wtedy, jeżeli treść jego jest kwaśną, co zawsze ma miejsce w stanie fizyjologicznym. W stanach zaś patologicznych żołądka zdarza się bardzo często, że treść jego oddziaływa alkalicznie, natenczas wessanie żelaza i w żołądku staje się niemożebném, z czém zgadza się doświadczenie kliniczne, że w nieżytach żołądka podawane przetwory żelaza nie tylko nie mają żadnego skutku leczniczego, ale przeciwnie trawienie i ogólny stan ustroju upośledzają. Chcąc ocenić wessanie żelaza w żołądku fizyjologicznym należy się wprzód zastanowić nad znanemi warunkami, które na wessalność soli w żołądku wpływają.

Wessalność ilościową ciał w żołądku dotąd zbadano u zwierząt tylko niedostatecznie, a u ludzi prawie wcale nie. Wessalność żołądka w ogóle uważają za bardzo małą, a ogólném jest mniemanie, że połączenia chemiczne dostawszy się do żołądka ulegają wessaniu przeważnie jako chlorki (Quincke. *Arch. f. Anat. u. Physiol.* 1868, p. 787). Z tego przypuszczenia wychodząc lekarze podający przetwory żelaza zwracają uwagę na to, że one zamienią się w żołądku na chlorek żelazawy lub żelazowy i że w tym stanie ulegną najłatwiéj wessaniu. Przypuszczenie to z kilku powodów okazuje się bardzo wątpliwém. Mała wessalność żołądka fizyjologicznego staje się jeszcze mniejszą lub znika zupełnie w patologicznym jego stanie, kiedy treść żołądkowa jest nieprawidłowo kwaśną lub najczęściéj alkaliczną, co ma właśnie miejsce u chorych, u których przetwory żelaza wypadałoby stósować. Jeżeli się uwzględni jeszcze tę okoli-

czność, którą moje doświadczenia wykazały, że rozczyny solne już po upływie jednéj godziny w przeważnéj ilości, a po upływie dwóch godzin całkowicie żołądek opuszczają przechodząc do dalszych części przewodu pokarmowego, to okazuje się, że do wessania żołądkowego pozostaje tylko czas bardzo ograniczony, w którym z tak rozcieńczonych rozczynów połączeń żelaza, jakich używamy z obawy przed zadrażnieniem błony śluzowéj żołądka, tylko mała ilość żelaza wessaniu uledz może. Co się zaś tyczy zamiany przetworów żelaza na chlorek i wessania tegoż w żołądku, to przy bliższém rozpatrzeniu się rzecz przedstawia się nie całkiem zgodnie z ogólnie przyjętém zapatrywaniem. Kwas solny w soku żołądkowym ludzkim znajduje się w stanie bardzo rozcieńczonym, bo 0·1—0·15% i to najprawdopodobniéj, jak podają fizyjologowie francuzcy (Richet), nie w stanie zupełnie wolnym, lecz w połączeniu ze słabemi zasadami organicznemi (leucyną, glycyną). Tak rozcieńczony i na wpół połączony kw. solny nie jest w stanie ze zwyczajnie wprowadzanych leków (mlekanu, cytrynijanu, winianu itd. żelazawego) w nadmiarze będący kwas wydzielić i zamienić je na chlorki Również jeżeli się użyje żelaza metalicznego, wątpię czy przejdzie coś z niego w sok żołądkowy. Albowiem w celu przekonania się w téj mierze wziąłem opiłków żelaznych zmięszałem ze świeżo wyciągniętym sokiem żołądkowymi ludzkim mocno kwaśnym pozostawiając tę mięszaninę przez godzinę w spokoju; przesączywszy ją potém i utleniwszy przesącz kwasem azotowym nie mogłem w nim za pomocą żelasinku potasowego wykazać ani śladu żelaza. Przypuśćmy nawet, że utworzyłby się z całéj ilości kw. solnego zawartego w żołądku chlorek żelazawy, to biorąc za srednią ilość kwaśnéj treści żołądka czczego według moich dotychczasowych doświadczeń 100 cm. sz. a w nich 0·1 gr. kw. solnego, to ilość wytworzonego chlorku żelazawego wynosiłaby 0·25 gr., któratо ilość w obec tlenu zawartego w żołądku przechodzi przeważnie na zasadowy chlorek żelazowy *(ferrum sesquichloretum basicum)*, tworzący z ciałami białkowatemi połączenia nierozpuszczalne, i garbujący błonę śluzową żołądka, a zatém niewessalny. Dla tego tylko mała bardzo ilość chlorku żelazawego w rozpuszczeniu będącego, i to przez stosunkowo krótki czas może zostawać w styczności z naczyniami chłonniczemi. Doświadczenia zaś moje nad zachowaniem się soli w żołądku wykazały, że ze wszystkich soli rozpuszczalnych chlorki najtrudniéj w żołądku ulegają wessaniu, a między temi najmniéj wessalnym okazał się chlorek żelazawy, który nadto drażni błonę śluzową żołądka do znacznego wydzielania, przez co rozczyn się rozcieńcza. Dążność więc lekarza w tym kierunku, aby przez zamianę przetworów żelaza na chlorki uczynić je w żołądku więcéj wessalnemi, nie odpowiada swemu celowi.

Dotychczasowe, aczkolwiek nieliczne, doświadczenia nad wessalnością ciał w żołądku doprowadziły już do poznania niektórych warunków przyspieszających wessanie. Bouley i Colin, a w nowszych czasach Tappeiner wykazali u zwierząt, że ciała z rozczynów wyskokowych np. cukier, alkaloidy itd. w znacznie większéj ilości i w znacznie krótszym czasie ulegają wessaniu w żołądku, niż z rozczynów wodnych. A moje ostatnie doświadczenia, uskutecznione na żołądku ludzkim, przekonały mnie, że sole w obecności kw. węglowego z rozczynu wodnego w ogóle we większéj ilości ulegają wessaniu niż bez tegoż. I na téj podstawie według otrzymanych wyników węglany kwaśne, mianowicie badany przezemnie węglan sodowy, wapniowy i magnowy, uznałem jako sole najłatwiéj w żołądku wessalne, co także przypuszczam i o węglanie żelazawym kwaśnym. Obydwa te czynniki wyskok i kw. węglowy, jak twierdzi C. Voit, prawdopodobnie taki wywierają wpływ na funkcyję żołądka, że podniecają naczynia chłonnicze do większéj czynności. Powyższe wyniki stwierdza wiekowe już doświadczenie w sposobie używania pokarmów, jakoto używanie napojów wyskokowych lub musujących po obfitém jedzeniu w celu „ułatwienia trawienia" a w praktyce lekarskiéj widoczny skutek po zastosowaniu jedynie szczaw żelezistych w przypadkach niedokrewności, a jeszcze pomyślniejszy skutek osiąga się mięszając je z małą ilością wina.

Z powyższych uwag wynika, że warunkami dla korzystnego podawania leków żelezistych są:

1. Sok żołądkowy prawidłowy, t. j. zawierający normalny kwas żołądkowy, a nie przechodzący przez fermentacyję patologiczną treści żołądkowéj, o czém przez aspiracyję treści żołądkowéj i zbadanie jéj chemiczne przekonać się należy;

2. domieszka wyskoku i

3. obecność kw. węglowego w lekach żelezistych w celu przyspieszenia wessania tychże.

4. Znaczniejsze jednorazowe dawki leku, raz, aby utworzyć przez to rozczyn więcéj zgęszczony i przez to wynagrodzić krótki czas przebywania leku w żołądku, a następnie, aby podrażnić błonę śluzową żołądka do wydzielania treści kwaśnéj.

Tym warunkom w praktyce lekarskiéj może zadość uczynić szczawa żelezista, zawierająca węglan żelazawy kwaśny w rozpuszczeniu, a używana przy źródle z małym dodatkiem wina białego, co jednak w praktyce pozazdrojowéj już nie da się uskutecznić, gdyż woda żelezista we flaszkach, jak to przedstawił naocznie prof. Olszewski ostatniemi czasy w tutejszéj komisyi balneologicznéj i ja kilkakrotnie miałem sposobność przekonania się, żelaza w rozpuszczeniu wcale nie zawiera a o czém zarządy zdrojowe dobrze wiedzą używając do przesyłki wód w celu zakrycia osadu ceglastego umyślnie flaszek ze szkła ciemnego. Pomimo to zdarza się często, że lekarze wprawdzie w dobrym zamiarze lecz bez celu, zalecają chorym drogie wody żeleziste w butelkach, które ostatecznie nie wększy skutek sprawiają, niż zwyczajna woda sodowa.

W praktyce pozazdrojowéj ze wszystkich używanych przetworów żelaza poczytuję za najracyjonalniejsze pigułki Blauda, którym w niektórych przypadkach doświadczenie dobry skutek przypisuje. W leku tym składnikiem skutecznym jest właśnie węglan żelazawy, w żołądku wytwarzający się; nie odpowiada on jednak jeszcze w zupełności powyżéj przytoczonym warunkom wessania żelaza w żołądku. ne i w nich mogę polecić żelazo do stosowania wewnętrznego. W następujących dwóch formach są one należycie uwzględnio-

Rp. *Ferri sulphurici cryst. recentis triti*
Ac. tartarici (v. citrici) triti
āā 0·5
M. f. p.
Dentur tales doses duodecim in charta alba.

S. Nr. I. Wsypać proszek do pół szklanki wina białego.

Rp. *Natri bicarbonici 1·0*
f. pulv.
Dentur tales doses duodecim in charta coerulea.

S. Nr. II. Wsypać proszek do pół szklanki wody i z Nrem I wypić na czczo.

Wino ma być białe, kwaśnego smaku (austryjackie), które jednak nie powinno dawać z proszkiem pierwszym (siarkanem żelazawym) zmącenia, gdyż w takim razie osadziłoby się żelazo jako garbnikan żelazawy nierozpuszczalny a przeto i niewessalny. Proszków należy używać naczczo, i przynajmniéj dwie godziny przed śniadaniem, aby żelazo w stanie rozpuszczonym jak najdłużéj w żołądku pozostawało. Białych proszków nie można przez dłuższy czas przechowywać, gdyż siarkan zelazawy zamieniłby się na siarkan żelazowy, tworzący w żołądku nierozpuszczalny wodnik żelazowy. W tych „proszkach żelezistych musujących“ przechodzi siarkan żelazawy w obec dwuwęglanu sodowego na węglan żelazawy kwaśny, który znajduje się podobnie jak w szczawach żelezistych w obec nadmiaru kw. węglowego wywiązanego kw. winowym lub cytrynowym z dwuwęglanu sodowego i w obec rozcieńczonego wyskoku z wina, jakotéż małéj ilości wytworzonego siarkanu sodowego.

Jeszcze stosowniejszą, chociaż dla użycia niewygodniejszą, jest następująca forma stosowania leków żelezistych, naśladująca zdrojowe szczawy żeleziste. Lekarz zapisuje trzy ingredyjencyje służące do dwurazowego użytku:

Rp. *Ferri sulphurici cryst. recentis triti 1·0*
f. p. da in charta alba.
S. Nr. II. Pół proszku do wody wsypać.
Rp. *Ac. hydrochlorici diluti puri 20·0.*
D. S. Nr. I. Połowę wlać do wody.
Rp. *Natri bicarbonici 10·0.*
f. p. in charta coerulea.
D. S. Nr. III. Pół proszku do wody wsypać.

Stosując tę formę leku poleci lekarz najstosowniéj użycie tegoż następujące: Każe wziąść flaszkę o grubych ścianach najmniéj półlitrową z wód musujących np. wody bilińskiéj, Giesshübl itp., nalać do niéj pół litra wody zwyczajnéj, wlać połowę cieczy Nr. I, potém połowę proszku Nr. II i połowę proszku Nr. III, następnie zaraz silnie zakorkować i korek dobrze obwiązać, aby prężnością kw. węglowego nie został wysadzony. Aczkolwiek prężność kw. węglowego we flaszce w tych proszkach, jak to kilkakrotnie wypróbowałem, jest mniejszą, niż we wodzie bilińskiéj lub Giesshübelskiéj we flaszkach, to manipulacyję można tylko poruczyć inteligentnemu pacyjentowi, albowiem gdyby wzięto flaszkę o ścianach cienkich lub zarysowaną, łatwo mogłaby uledz rozsadzeniu. Mając jednak inteligentnego pacyjenta, można mu bez obawy powierzyć wytworzenie téj wody żelezistéj według danych ostrożności i w celu utrzymania większéj ilości żelaza w rozczynie wsypanie poszczególnych składników polecić w następującym porządku Nr. III, I, II. Tak napełniona flaszka ma pozostać w chłodném miejscu przynajmniéj przez dwie godziny, a przed użyciem należy ją wstrząsnąć. Używa się téj wody podobnie jak i powyższego proszku. Rano naczczo dwie godziny przed śniadaniem wypija pacyjent całą ilość wody w dwóch jednogodzinnych przestankach zmięszawszy ją wprzód z $^1/_3$ częścią wina białego. Woda ta jest sztuczną szczawą żelezistą, bo zawiera węglan żelazawy kwaśny w obec nadmiaru kw. węglowego, nadto sól kuchenną i siarkan sodowy, i jest różną od obecnie wyrabianych wód żelezistych, które zamiast węglanu żelazawego kwaśnego zawierają fosforan żelazawy. Według moich jednak doświadczeń fosforany mało co więcéj są wessalne w żołądku niż chlorki, a zatém o wiele mniéj niż węglany kwaśne. Powyższa „woda musująca żelezista“ różni się również od win żelezistych o tyle, o ile ostatnie zawierają inne połączenia żelaza, a nie węglan żelazawy kwaśny w obec nadmiaru kwasu węglowego, do którychto składników właśnie największą przywięzuję wagę.

Połączenie obydwu powyższych leków z winami musującemi lub przynajmniéj z wodą sodową należy uważać za bardzo korzystne.

Skuteczność obydwu podanych leków miałem sposobność stwierdzić w praktyce, aczkolwiek dopiero tylko w czterech dobrze obserwowanych przypadkach. W trzech zadawano proszki musujące, a w jednym wodę żelezistą. U dwóch młodych mężczyzn zastosowałem proszki po nieżycie żołądka, gdy po wyciągnięciu treści ze żołądka czczego przekonałem się, że ostatnia poczyna oddziaływać kwaśno. Wejrzenie i usposobienie chorych po użyciu 18 proszków stało się widocznie korzystniejszém. W trzecim przypadku zastosowałem proszki, gdy treść żołądka oddziaływała alkalicznie. Użycie tychże za każdym razem sprawiało pacyjentowi gniecenie w żołądku i niejakie palenie w jelitach, dla tego przestałem je podawać; dopiero po kilku tygodniach, gdy sok żołądkowy po przepłókiwaniach wodą i kw. węglowym zaczął kwaśno oddziaływać, znosił chory proszki dobrze. W czwartym lepiéj obserwowanym przypadku stosowałem u inteligentnego mężczyzny niedokrewnego wodę żelezistą. Uważałem tu pod każdym względem działanie jéj korzystne; wejrzenie i odżywienie ogólne po czterech tygodniach polepszyły się, a przygnębienie umysłowe ustąpiło; nadto łaknienie się wzmogło, a stolec przedtém bardzo nieregularny stał się prawidłowym.

II. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od r. 1879 do 1882.

Podał Dr. Emanuel Rosenblatt.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 1).

Choroby układu nerwowego czynnościowe.

Grupa chorób nerwowych czynnościowych należy, jak wiadomo, do najciemniejszéj części patologii nerwów, gdy obejmuje wszystkie te choroby, których istota, pomimo rozlicznych i starannych badań, zwłaszcza w czasie najnowszym, dotychczas nie jest znaną. A choć w wielu przypadkach znamy szkodliwość i nieprzyjazne warunki, wśród których poszczególne choroby rozwinąć się mogą, znamy okoliczności wpływające na pomyślny lub niepomyślny przebieg takowych, to jednak właściwa ich przyczyna dotąd jest zagadkową. Mimo, że zmian materyjalnych, zboczeń anatomicznych ani za pomocą noża sekcyjnego, ani za pomocą drobnowidu wykazać nie jesteśmy w stanie, to musimy jednak przypuścić, iż zmiany takie istnieć muszą, a choć na podstawie wyników fizyjologii doświadczalnéj możliwém jest, iż kilka pojedyńczych, jak na teraz odrębnie się przedstawiających, postaci chorobowych do jednego mianownika da się sprowadzić, a różnorodność przypadów polega nie na różności przyczyn, t. j. zmian patologicznych, lecz na fizyjologicznéj predyspozycyi wieku, t. j. na różném oddziaływaniu układu nerwowego względem mięśniowego w różnych okresach wieku (Soltmann), to jednak odnosić się to może do nielicznych tylko obrazów chorobowych. Że zaś zmiany jakieś istnieć muszą, zniewoleni jesteśmy przypuścić na podstawie obserwacyi klinicznéj: powtarzanie się regularne takiego samego zbioru przypadów w każdym przypadku téjże saméj

choroby, czy to w wieku dziecięcym, czy też dojrzałym, ścisłe odróżnienie od zbioru przypadków, odpowiadającego innemu obrazowi chorobowemu, ważne następstwa, jakie za sobą często choroby te pociągają a wreszcie i zmiany anatomiczne, które często, jednak tylko jako skutek choroby, na stole sekcyjnym napotykamy, przypuszczenie to dostatecznie popiera. Dla tego też dopóki anatomija patologiczna nie wyjaśni nam istoty chorób czynnościowych układu nerwowego, winniśmy dążyć do rozwiązania pytania tego na drodze doświadczeń klinicznych jakotéż na młodém lecz gorliwie i ze skutkiem uprawianém polu fizyjologii doświadczalnéj. Jeżeli zatém niektóre opisy przypadków chorobowych podam nieco szczegółowiéj, czynię to w téj błogiéj myśli, że materyjał przezemnie zebrany może dla późniejszych badaczy nie będzie zupełnie bezowocny.

Na 203 przypadków, tyczących się chorób układu nerwowego, obserwowanych w szpitalu św. Ludwika w ciągu lat 1879, 1880 i 1881, mieliśmy 74 przypadki chorób nerwów czynnościowych, polegających głównie i przeważnie na zaburzeniach w dziedzinie ruchowéj ze znamieniem podrażnienia. Z 74ch przypadków tych przypada bowiem 45 na drgawki, 7 na padaczkę, 5 na pląsawicę, 3 na tężec, 3 na skurcze, 2 na macinnictwo, podczas gdy tylko 9 przypadków polegało na zaburzeniach ze znamieniem porażenia.

A) Drgawki *(Eclampsia).*

Zanim przystąpię do bliższych szczegółów, niech mi będzie wolno porozumieć się co do definicyi w mowie będącéj choroby. Otóż między drgawki (*eclampsia*) zaliczam te tylko przypadki chorobowe, w których takowe wystąpiły niezależnie od jakiegokolwiek cierpienia ośrodków mózgordzeniowych, wywołane przyczyną chwilowo tylko działającą, przebiegały jako drgawki już to przerywane, już też stałe, ogólne, z mniejszą lub większą utratą przytomności i ustawały równocześnie z ustąpieniem przyczyny. Co do przyczyn, to takowe albo były nam zupełnie nieznane, więc przypadki odnośne zaliczyliśmy między drgawki idyjopatyczne, albo też były nam znane i wtedy przypadki odnośne zaciągnęliśmy w rubrykę drgawek następowych, deuteropatycznych. Ostatnie zaś w miarę tego, czy drgawki wywołane zostały na drodze odruchu, czy też skutkiem zaburzeń w krążeniu podzieliliśmy na odruchowe i krwiotwórcze (*haematogen*).

Na 45 przypadków drgawek było pierwotnych tylko 4, następowych 41, z tych zaś odruchowych 5, przez zmiany krwi wywołanych 36.

Co się tyczy płci zapadło na drgawki chłopców 24, dziewcząt 21; wiek ich był następujący:

Do	1go	roku życia	było	11	dzieci
„	2go	„	„	12	„
„	3go	„	„	4	„
„	4go	„	„	3	„
„	5go	„	„	3	„
„	6go	„	„	3	„
„	7go	„	„	3	„
„	8go	„	„	2	„
„	9go	„	„	1	„
„	11go	„	„	1	„
„	12go	„	„	2	„

Oznaki krzywicy okazywało w mniejszym lub większym stopniu dzieci 14. Wyszło uleczonych i na żądanie 7miu, zmarło 38; na wszystkich prawie sekcyja wykonaną została i z wyjątkiem 2ch przypadków rezultat co się tyczy zmian w ośrodkach był zupełnie ujemny.

Ponieważ co do liczby przeważały drgawki następowe a z tych zaś, zmianami krwi wywołane, więc też od takowych rozpoczynam.

I. Drgawki krwiotwórcze.

wystąpiły 13 razy w zapaleniu płuc, 8 razy w ospie, 5 razy w błonicy, 4 razy w mocznicy, 2 razy w kokluszu, 2 razy w czerwonce, raz w zimnicy i raz w zatruciu jodoformowém. Ponieważ omówienie takowych zostawiam na późniéj po przedstawieniu odnośnych przypadków, nadmienię tu tylko tyle, że choć obserwacyje nasze zgadzają się w większości przypadków ze znanemi opisami drgawek pod względem tłumaczenia przyczyn, przebiegu i rokowania, to niektóre jednak nie odpowiadają twierdzeniu większości lekarzy i te też przypadki szczegółowiéj podam. Co do reszty ograniczę się do krótkiego opisu historyi choroby głównéj i podania tylko rozpoznania anatomicznego, opuszczając resztę niemającą i tak większego znaczenia.

a) W zapaleniu płuc.

1. Józef Stróż, chłopiec 5-miesięczny, dość dobrze odżywiony, z oznakami miernego stopnia krzywicy, przyjęty do szpitala 29 czerwca 1879. Wywiady ujemne. Postać czaszki krzywicza; odnogi górne jak i dolne w stawach palcowych pościągane, ręce w pięść złożone; stawy kolanowe i łokciowe wolne. Nieżyt oskrzeli, przerost śledziony, przepuklina pępkowa, rozwolnienie, stan bezgorączkowy. 30/6 c. w. 38·2° w ciągu dnia pięć razy drgawki ogólne, głównie odnóg górnych, 1/7 c. r. 38·8°, c. w. 37·7° drgawek nie było, 2/7 c. r. 36·8°. Stłumienie tonu wypukowego w płacie dolnym płuca lewego, przy wdechu trzeszczenie. Trzykrotne drgawki trwające do kwadransa c. w. 37·5°, 3/7 c. r. 37·0° c. w. 37·4°. Drgawki raz tylko się powtórzyły; od 4go aż do 20 lipca drgawek więcéj nie było, zapalenie płuc postępowało, skurcze palców ustąpiły; 20 lipca chory zapadł na błonicę, 21 umarł. Sekcyja wykonana 22/7 wykazała tylko: *Pneumonia lobular. bilater. dissem. Ulcus diphther. tonsillae dextr. Pharyngitis membranacea.*

2. Maryja Wróblewska, dziewczyna 2-miesięczna, źle odżywiona, przyjęta do szpitala 10 października 1879. Wywiady ujemne. Objawy nieżytu oskrzeli, nieżyt jelit, wyniszczenie w skutek nieodpowiedniego pożywienia. 12/10 krótkotrwające drgawki mięśni twarzy, jakotéż odnóg górnych; gałki oczne ku górze zwrócone; wieczorem objawy zapalenia płuca prawego; 13/10 o 11 rano śmierć. Sekcyja wykonana 14/10 wykazała: *Pneumonia lobular. disseminata bilat. c. bronchitide purulenta. Enterocatarrh. hyperplasia gland. meseraicarum.*

3. Katarzyna Kwaśniewska, dziewczyna $1\frac{1}{2}$-roczna, dość dobrze odżywiona, ze zboczeniem w odżyw. krzywiczém przyjęta dnia 28 grudnia 1879. Wywiady ujemne. Drobniutkie rzężenia w obydwu płucach, rozwolnienie, przerost śledziony. 30/12 wieczorem drgawki odnóg zwłaszcza górnych, *nystagmus oscillatorius*, wykrzywianie twarzy, stłumienie odgłosu wypukowego od tyłu i u dołu. 31/12 o godz. 4 rano śmierć. Sekcyja wykonana 1 stycznia 1880 wykazała: *Pneumonia catarrh. lobi inferior. utr. pulmon. c. incipienti degeneratione caseosa, bronchitis diffusa, melanosis lienis, catarrh. chron. intestini ilei, hyperpl. gland. mesaraic.*

4. Katarzyna Waleryjanówna, dz. $1\frac{1}{2}$-letnia, dość dobrze odżywiona, przyjęta 10 lutego 1880. Wywiady ujemne. Stan bezgorączkowy, stłumienie wypuku nad płatem górnym płuca prawego, oddech oskrzelowy, rozwolnienie, stolce zielone kataralne. 16/2 rano obustronne drgawki, objawy zapalenia

płuca lewego. 16/2 o 1 popołudniu śmierć. Sekcyja wykonana 18/2: *Pneumonia lobular. sinistra c. bronchitide diffusa et oedemate recenti utr. pulmonis. Atelectasis pulmon. dextr. Enteritis ulcerosa follicularis coli sbsq. hyperplasia gl. mes. Catarrh. intest. tenuis chron. melanosis lienis, infiltr. hepatis adiposa.*

5. Józef Longa, chł. 5-letni, źle odżywiony ze zboczeniem w odżywieniu gruźliczém, przyjęty dnia 1 marca 1880. Wywiady ujemne. Czaszka asymetryczna, skośna, gruczoły karkowe i pachwinowe drobne, liczne, twarde. Objawy nacieku szczytów gruźliczego i przebytego zapalenia opłucny lewéj; śledziona powiększona, macalna. Chory nie dosłyszy, nie gorączkuje. 5/3 c. r. 37·8°. O godzinie 1 popołudniu silne drgawki, z początku prawéj ręki a następnie mięśni całego ciała; utrata przytomności, która dopiero wieczorem powróciła, c. w. 39·2°; w stanie organów wewnętrznych zmian wykazać nie można, 6/3 c. r. 36·9° objawy powiększenia się nacieku; 15/3 o 2 rano śmierć z dławca. Sekcyja wykonana 16/3 wykazała: *Peribronchitis caseosa totius fere pulmon. dextr. (Caverna apicis), Pleuritis fibrinosa, tuberculosa recens et partim fibrosa obsoleta. Pneumonia lobul. sinistr. lobi. inf. Hydrothorax min. gr. sin. Laryngitis membranacea. Deg. gl. bronch. caseosa.*

6. Amelija Lorkówna, dz. 3-miesięczna, dobrze odżywiona, przyjęta 16/10 1880 z objawami zapalenia płuca lewego; ciepł. wiecz. 38·2°; 20/10 wypuk jawnieje, rzężenia resolucyjne, c. 37·4°; 26/10 drgawki mięśni gałek ocznych i odnóg górnych; nad górną częścią płuca prawego wypuk krótszy, trzeszczenia przy oddechu; 10/11 objawy zapalenia tak po stronie lewéj jak i prawéj ustępują; 22/11 recydywa, duszność, sinica, kaszel; 1/12 śmierć. Sekcyja wykonana 2/12 wykazała: *Enteritis chronica, intumescentia glandul. Peyeri, hyperplasia gland. meser. Bronchopneumonia bilateralis, atelectasis pulmonum disseminata, tumor lienis melanoticus.*

7. Franciszka Fłorczyk, dz. 12-letnia, źle odżywiona przyjęta 12 grudnia 1879 z ospą w stanie przysychania pęcherzy. 16/1 ból głowy, brak apetytu, wymioty; badanie moczu stwierdza znaczną ilość białka, mocz cisawy, mętny w skąpéj ilości, w osadzie liczne ciałka krwi i wałeczki Belliniego (zapalenie nerek miąższowe); od 16/1 do 30/1 przebieg prawidłowy; 30/1 ból głowy, ilość moczu skąpa, zawiera krew w ilości bardzo znacznéj; chora gorączkuje, popołudniu drgawki kilkakrotne, krótko trwające; w podstawach obydwu płuc drobniutkie trzeszczenia i przytłumienie odgłosu wypukowego; 31/1 o godzinie 4 rano śmierć. Sekcyja wykonana 1 lut. 1880 wykazała: *Variola in st. desquamm. Pneumonia lobul. bilater., nephritis parench. c. degener. adiposa. Hydrops univ. min. grad., oedema acut. pulmon. utr.*

8. Piotr Wróbel, chł. 2-letni, dobrze odżywiony, przyjęty 6 lutego 1881 z rozwolnieniem; do 14/2 przebieg zwyczajny, stolce nieżytowe; 14/2 zajęcie sensorii, zapad, gorączka, źrenice mocno zwężone, oczy w zezie zbieżnym, drgawki mięśni twarzowych i odnóg górnych, w szczycie płuca lewego oddech zaostrzony, o godz. 11 rano śmierć. Sekcyja wykonana 16/2 wykazała: *Pneumonia lobular. apic. sin., oedema acut. pulm. utr., Cat. chron. intestini tenuis.*

9. Maryjanna Rapaczówna, dz. 12-letnia, dobrze odżywiona, ze zboczeniem w odżywieniu zimniczém przyjęta 24 marca 1881. Wypuk czczy i stłumiony nad całém płucem prawém z tyłu a górną połową z przodu. Wdech i wydech oskrzelowy, oddech przerywany płytki, kaszel krótki, chora w pół-przytomna, c. 40·0°, (zapalenie płuca pr. krupowe); 25/4 stan takiż sam c. 40·5°; 26/4 c. w. 40·8° drgawki mięśni twarzy, wykrzywiania takowéj, skubanie kołdry ręką prawą; 28/4 c. 35·8° przesilenie; 28/4 wyzdrowienie.

10. Józef Kucharczyk, chł. $1\frac{1}{2}$-letni, dobrze odżywiony e zboczeniem w odżywieniu krzywiczém przyjęty dnia 9go lipca 1881 z objawami nieżytu oskrzeli i jelit. Rozwolnienie utrzymuje się do 13/8, srednio 5 wypróżnień, nieżyt oskrzeli ustał i wnet powrócił; 13/8 źrenice znacznie rozszerzone, chwilami zez zbieżny, c. 39·3°, nosem wyszła glista, kaszel krótki urywany, akcent na wydechu; 14/8 objawy zapalenia szczytu lewego płuca, wykrzykiwania we śnie, śpiączka; po południu podczas stolca wyszły 2 glisty; c. 39·6; 15/8 w nocy i nad ranem drgawki mięśni twarzy i odnóg; śmierć o $5\frac{1}{2}$téj rano. Sekcyja wykonana 16/8 wykazała: *Catarrh. intestinalis chron. Hyperplasia gland. mes. Bronchitis diffusa et pneumonia lobul. incipiens; infiltratio hepat. adip.* nadto zaś: opona pajęcza po bokach rowka podłużnego półkul mózgowych nieznacznie zmętniała, blado szarawa.

11. Julija Czajewska, dz. $2\frac{1}{2}$-letnia, dość dobrze odżywiona, przyjęta dnia 27 lipca 1881; c. 40·6°. Oczy w zezie zbieżnym stale ustawione, skurcz stały zginaczy odnóg górnych obok drgawek ogólnych. Chora w chwili przyjęcia zakaszlała wybitnym kaszlem kokluszowym, badanie płuc daje objawy zapalenia płuca lewego; 28/7 o godz. 4 rano śmierć. Sekcyja wykonana 29/8 wykazała: *Pneumonia lobularis bilateralis. Bronchitis diffusa bilateralis, catarrhus intestini tenuis chronicus, hyperplasia glandularum mesaraicarum.*

12. Katarzyna Szobelska, dziewczyna $1\frac{1}{2}$-roczna, dość dobrze odżywiona, ze zboczeniem w odżywieniu krzywiczém i zołzowém, przyjęta dnia 28/4 1881 z objawami krzywicy. Chora znajduje się w 2gim okresie ząbkowania; 6/5 wystąpił rozległy nieżyt oskrzeli; 11/5 liczne czeraki; 24/5 ropień zimny nad grzebieniem kości biodrowéj lewéj; 28/5 zaostrzenie nieżytu oskrzeli; 14/6 objawy fizyczne zapalenia płuca lewego w podstawie; 18/6 w nocy drgawki mięśni twarzy i odnóg górnych; stłumienie odgłosu wypukowego nad szczytem płuca lewego; rozszerzenie źrenic, *nystagmus*, 19/6 o godzinie $7\frac{3}{4}$ rano śmierć. Sekcyja wykonana 20/6 wykazała: *Catarrhus chronic. totius intestini tenuis et crassi, hyperplasia glandular. meseraicar. Pneumonia lobularis c. bronchitide diffusa bilaterali.*

13. Jadwiga Balonówna, dziewczyna 3ch-letnia, źle odżywiona z zboczeniem w odżywieniu gruźliczém, przyjęta 5 grudnia 1881. Na skórze plamica (*peliosis*), zwłaszcza na brzuchu, daléj pęcherze zawierające płyn surowiczo-ropny, brudny; obrzęk tkanki podskórnéj na odnogach dolnych, na skórze napiętéj, świecącéj, gorętszéj od innych części wrzodziki okrągłe, powierzchowne. Gruczoły karkowe i pachwinowe przerosłe, twarde. Objawy nacieku płuca lewego, mierna ilość płynu wolnego w jamie brzusznéj. Chora ani stać ani siedzieć o własnéj mocy nie może, nie mówi: śród karmienia wracają często pokarmy nosem; 8/12 lekkie porażenie lewéj połowy twarzy, śpiączka, c. 39·6°, około godziny 10 rano kilkakrotne drgawki mięśni twarzy i odnóg górnych, o godzinie 1éj popołudniu śmierć. Sekcyja wykonana 9/12 wykazała: *Infiltratio tuberculosa et caseosa circumscripta lobi superioris sinistri. Tuberculosis miliaris et pneumonia lobularis bilateralis recens partium posteriorum pulmonum. Degeneratio caseosa glandular. bronchial., oedema laryngis inflam-*

matorium acutum. Enterocatarrh. chronic. c. hyperplasia et degenerat. caseosa gland. meseraic. Verminosis. (Całe pakiety licznych egzemplarzy glist). *Pemphigus. Hydrops, anasarca et ascites minoris gradus.* (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Bagiński: O dziecięcym przewodzie pokarmowym.

Powszechnie znanym jest fakt, że dziecię w pierwszych miesiącach życia innego wymaga pokarmu, jak późniéj nieco, lub jak człowiek dorosły. Z licznych badań również znamy szkodliwy wpływ pokarmów skrobiowatych na ustrój dziecka w pierwszych okresach rozwoju. Przewód pokarmowy dziecięcia dopiero w drugiéj połowie pierwszego roku życia znosi skrobię. Wiemy téż, że przed tym czasem wydzielina ślinianek i trzustki nie posiada jeszcze własności przeistoczenia skrobi w cukier, podczas gdy trawienie żołądkowe już u noworodka odbywa się w całéj pełni.

Rozbiory kału dokonane przez Forstera, Wegscheidera i Camerera wykazały, że ustrój dziecięcy zużytkowuje daleko dokładniéj wartość pożywczą mleka, niż ustrój dorosły. Z badań znów Biederta pokazuje się, że dla dziecka z wzrastającym wiekiem wzrasta ilość potrzebnego białka w pokarmach, która wszelako nadwyżką tłuszczów może być wynagrodzona. Te i wiele innych okoliczności wskazują dość wyraźnie, że i stosunki anatomiczne przewodu pokarmowego u młodego dziecięcia muszą być innemi jak u dziecka starszego lub u człowieka dorosłego.

Po części stwierdził to wymiarami znany ze swych prac „mierniczych" na polu anatomiczném Beneke. Wyjaśnienie zaś szczegółów fizyjologicznych na podstawie badań drobnowidowych przedsięwziął Baginsky w Berlinie.

Dość ciekawe wyniki téj pracy ośmielają nas do zdania z niéj sprawy. Obejmują one stosunki znachodzące się u płodu ludzkiego czteromiesięcznego, u płodu siedmiomiesięcznego, u dziecka z końcem roku pierwszego i wreszcie u dziecka na początku czwartego roku życia. Mikrotomowe skrawki jelit, w wyskoku (na dwa zawody) moczonych, barwione, badano drobnowidowo uwzględniając przytém nader troskliwie wymiary poszczególnych składników tkaninowych.

Odnośnie do żołądka wynika z badań autora:

1) że ze wrostem dziecięcia wzrasta długość i ilość gruczołów, podczas gdy ich względna szerokość się zmiejsza a utkanie gruczołowe właściwe się rozrasta.

2) Grubość warstwy mięsnéj błony śluzowéj (*Muscularis mucosae)* wzrasta stale.

3) Tkanka podśluzowa obfitująca u płodu i u noworodka tak bardzo w komórki, staje się w nie uboższą w miarę wzrostu dziecka, niemniéj ubywa komórek limfoidalnych a obszar chłoniczy pomiędzy warstwami mięsnemi staje się mniejszym.

4) Ściany żołądkowe w ogólności już w okresie wczesnym życia są znakomicie rozwinięte, gdyż już u noworodka można w żołądku wykryć różnicę pomiędzy komórkami zw. *Belegzellen* i *Hauptzellen* (Heidenhain i Rollet). Ztąd też i trawienie żołądkowe u noworodka względnie jest dobrze rozwinięte.

Odnośnie do dwunastnicy wynika z badań autora, że tak kosmki jak i fałdy znacznie się rozrastają, niemniéj i obfitość gruczołów się zwiększa, co zwiększa oczywiście powierzchnię przewodu pokarmowego.

Zmiany znów rozwijające się z wiekiem dziecka w jelicie czczém, biodrowém i w grubém dają się streścić w ten sposób: Ogólna powierzchnia jelita staje się obszerniejszą skutkiem ilościowego rozmnażania się kosmków. Toż samo dotyczy i gruczołów, których ilość i rozmiary znacznie się zwiększają. Ostatni ten szczegół dotyczy całego przewodu pokarmowego.

Wreszcie i układ naczyń chłoniczych ulega zmianie. Obszar jego zmniejsza się bez przerwy od okresu płodowego począwszy w miarę rozwoju dziecięcia. Również i tkanka podśluzowa, tak ważna dla sprawy chłonienia, staje się uboższą w komórki.

Szczegóły te są wielkiéj wagi. Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że komórki tkanki łącznéj w błonie śluzowéj jelita stanowią szczególny układ naczyń (*Saftgefässsystem)* chłoniczych, którego korzeniami są wypustki przybłonków kosmkowych. Układ ten wraz z naczyniami głównemi limfatycznemi jelita stanowi właściwy system chłoniczy. Otóż w obec zmian wyżéj przytoczonych jest rzeczą jasną, że zdolność chłonienia jelita dziecięcego jest lepszą i bardziéj rozwiniętą, niż w jelicie ludzi dorosłych. Z drugiéj znów strony widać upośledzenie jelita dziecięcego ze względu na gruczoły. A od gruczołów wszakże zależy wielkość produkcyi chemicznéj ściany jelita, która zatém u dzieci starszych jest coraz obfitszą. Tak tedy już te ściśle anatomiczne szczegóły tłumaczą, dla czego dzieci młodsze nie są w stanie przyswoić sobie takich istót, których przerobienie wymaga większego chemicznego wysiłku ściany jelita, podczas gdy łatwo pojąć, że mleko, zatém istota niewymagająca znacznéj przeróbki chemicznéj, łatwo ulega wessaniu przy pomocy obszernych znacznie rozwiniętych dróg chłoniczych. *(Virchows Archiv* T. 89, Z. 1), *Dr. Pisek.*

Kilka prac dotyczących badania plam krwi.

1. Wiktor Schwarz *(Pharm. Ztschrift f. Russland* 19, 33 i nast.) podaje uwagi swoje nad sposobami strącenia i wykrycia krwi w cieczach, w moczu, na grudkach ziemi, na tkaninach itp. Wydzielenie krwi z rozczynu (z wody studziennéj, z mydlin, wody słonéj, z moczu) łatwiéj da się ukuteczuić, zdaniem autora, za pomocą octanu zynkowego niż za pomocą zwykle używanego kwasu garbnikowego. Aby rozpuścić plamy znajdujące się na płótnie lub innéj jakiéj tkaninie, najlepiéj użyć rozczynu jodku potasu. Z otrzymanego tym sposobem wyciągu, strąca się krew za pomocą octanu zynkowego. Zdaniem autora można otrzymać również dobre wyniki, jeżeli plamy wyciąga się w zwykłéj pokojowéj ciepłocie rozczynem wysyconym boraksu przez 48 godzin, a następnie dodaje się do rozczynu dopóty octanu zynkowego, póki tylko powstaje osad barwny. Po użyciu jednak nadmiaru boraksu tworzy się boran zynkowy, który utrudnia otrzymanie kryształków heminy. Z grudek ziemi, z piasku, z torfu najlepiéj wyciągać krew rozczynem boraksu, albowiem wyciągi jodkiem potasu uzyskane nader szybko się rozkładają, tak, że już w kilka godzin nie można z nich otrzymać odpowiedniego widma w przyrządzie spektralnym. Autorowi udało się nie raz, wbrew twierdzeniu dawniejszemu Wessela, otrzymać kryształki heminy z krwi zupełnie zgniłéj.

2. Zdaniem Henryka Struvego *(Virchows Archiv* 79, 524) najtrudniéj jest udowodnić obecność krwi w plamach bladych, bez wyraźnych zarysów. Autor uważa w takich przypadkach za najstosowniejsze postąpić w sposób następujący. Większy kawałek materyi poplamionéj daje się

do odpowiedniego naczynia i nalewa rozczynem ługu potasowego. Skoro już alkaliczny rozczyn przestanie się więcéj zabarwiać, wówczas zlewa się go, a kawałek badanéj materyi wymywa się wodą. Wyciągi te, zazwyczaj mętne, sączy się, a potém zaprawia się rozczynem kwasu garbnikowego, przez co ciecz przyjmuje natychmiast zabarwienie więcéj rdzawo brunatne. Wkrótce wydziela się osad, mniéj lub więcéj zabarwiony. Osad ten zbiera się na sączku i wymywa wodą, poczém daje się go na dwa szkiełka przedmiotowe, używane do badania mikroskopowego. Na obydwa szkiełka daje się po kryształku soli i kropelce kwasu octowego lodowatego. Starać się tutaj należy, aby na jednêm szkiełku otrzymać kryształki heminy przez ogrzanie. W tym razie kryształki będą się znajdować po krajach szkiełka cienkiego, użytego do przykrycia przedmiotu badanego. Drugie szkiełko pozostawia się 20 do 24 godzin w zwykłéj pokojowéj ciepłocie, poczém szuka się kryształków heminy w środku plamki utworzonéj na szkiełku przedmiotowém. Ta druga próba jest rozstrzygającą.

Aby wykazać ciałka krwi w badanym przedmiocie, radzi Struve, aby dać kawałeczek badanéj materyi na szkiełko przedmiotowe, zwilżyć zgęszczonym rozczynem kwasu winowego, przykryć następnie cienkiém szkiełkiem i od czasu do czasu badać pod drobnowidem. Nieco więcéj zachodu wymagającym lecz dokładniejszym jest sposób oddzielenia ciałek krwi za pomocą wody wysyconéj kwasem węglowym. W takim przypadku ciałka wydzielają się w naturalnéj wielkości, odbarwione w mniejszym lub wyższym stopniu. Przez wodę, znajdującą się w probierce, przeprowadza się wolny strumień kwasu węglowego. Do téj wody daje się plamę odosobnioną o ile możności z częścią podściółki. Po dwudziestu mniéj więcéj godzinach (zależy to od tego, jak dawną jest plama), bada się wierzchnią cząstkę plamy pod drobnowidem. W razie, gdyby badanie to nic nie wykazało, należy powtórzyć całą tę czynność z kwasem węglowym i kilkakrotnie badać. Zdaniem autora można zawsze na pewne rozróżnić plamy z krwi zwierząt ssących od takichże plam z krwi ptaków. Nie można jednak nigdy na pewne powiedzieć, że plama pochodzi z krwi ludzkiéj, wołowéj, końskiéj, baraniéj lub koziéj. W wyjątkowych tylko razach można wypowiedzieć swoje zapatrywanie, że z wielkości i układu uwidocznionych ciałek krwi można z prawdopodobieństwem wnosić, że plama pochodzi z krwi owczéj lub kożléj, a nie pochodzi ze zwierzęcia, mającego krew o większych ciałkach. W końcu Struve zwraca uwagę na to, jak plamy krwi szybko ulegają zmianie skutkiem wegetacyj grzybkowych, tak, że nie można wykazać ani ciałek krwi, ani otrzymać kryształków heminy. Ciemne zabarwienie takich plam pochodzi nie od barwika lecz od włóknika krwi. Włóknik ten rozpuszcza się w rozcieńczonym ługu sodowym, a rozczyn daje wszystkie oddziaływania na białko.

3. Charles O. Curtmann (*Scientific American* 1881, 5.) wykazał, że skutkiem zabicia owadów krwiożernych mogą powstawać plamy, w których można jeszcze wykryć ciałka krwi ludzkiéj. Z badanych owadów pluskwy najszybciéj trawią krew. U tych owadów nie można było znaleźć ciałek krwi już po upływie 12stu godzin. U moskitów znajdował autor jeszcze ciałka krwi, nic lub mało co zmienione po 20 godzinach. (*Fresenius Zt. f. anal. Chem.*, 1882, Z. 2).

Dr. *Kopff.*

Wiadomości pomniejsze.

(γ) **Pilokarpin i zaćma.** Wpływ pilokarpinu i jaborandy w leczeniu chorób ocznych był badanym przez Dra Landesberga, twierdzi on, że w niektórych przypadkach są te środki użytecznemi, ale w kilku przekonał się, że użytek ich dał powód do powstania zaćmy. W czterech przypadkach oderwania się siatkówki i w jednym surowiczego zap. naczyniówki, w których z początkiem leczenia soczewka była zupełnie przeźroczystą, spostrzeżono, że nagle poczęła ciemnieć. L. leczył téż i konia na zap. jagodówki i znaczne zciemnienia w ciałku szklaném, stosując nalewkę z liści jaborandy i wstrzykując pilokarpin pod skórę. Proces chorobowy został nagle powstrzymany a ciałko szklane stało się zupełnie przeźroczyste; w ciągu jednak czwartego tygodnia leczenia dostrzeżono, że soczewka nagle ciemnieje. Być może, iż to powstanie zaćmy i powyższe leczenie tylko przypadkowo zeszły się z sobą, w każdym jednak razie fakt ten jest co najmniéj podejrzanym. (*The Lancet*, 1882, II, Nr. 21).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

XV Posiedzenie Tow. lek. krak. z d. 25 października 1882.
Przewodniczący kol. Paszkowski. Członków obecnych 28.

1. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i bez zmian przyjęto.

2. Członkami zwyczajnymi Towarzystwa wybrano jednogłośnie kol. prof. Dra Mikulicza i Dra Eichhorna.

3. Delegatem do Rady zawiadowczéj Tow. lek. galic. wybrano w miejsce śp. Szeparowicza Dra Zygmunta Riegera.

4. Odczytano list prof. Dra Hoyera wystosowany do Towarzystwa.

5. Prof. Dr. Browicz miał wykład: „O wartości dyjagnostycznéj prątków gruźliczych". Rzecz uwidocznił preparatami mikroskopowemi. (Wykład umieszczony zostanie w łamach Przeglądu Lek.). Dyskusyję odłożono do następnego posiedzenia.

Na tém posiedzenie zakończono. *Dr. Jan Rosner.*

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie.

Zgromadzenie ogólne zwyczajne VII w dniu 15 stycznia 1883.
Przewodniczący: prof. Dr. Korczyński.

1. Zgromadzenie na wniosek przewodniczącego oddaje przez powstanie cześć zmarłym członkom.

2. Zgromadzenie udziela Wydziałowi absolutoryjum za czas od 15 października 1880 do 15 października 1881 na zasadzie, że komisyja kontrolująca (Dr. Ściborowski i Dr. Skobel) znalazła rachunki z tego czasu w zupełnym porządku.

3. Sekretarz Dr. Skobel odczytał następujące sprawozdanie roczne: Zdając sprawę z roku ubiegłego winienem przedewszystkiém zapoznać biorących udział w Wydawnictwie naszém tak z ubytkiem jak i przybytkiem członków jakotéż prenumeratorów. I tak w dniu 15 października 1881 mieliśmy członków honorowych 2, czynnych 135, prenumeratorów 23, ogółem było członków i prenumeratorów 160. W roku ubiegłym z powodu śmierci ponieśliśmy stratę 5 członków czynnych, mianowicie zmarli: Drowie Bulikowski Franciszek, Kaczyński Teodor, Pizar Antoni, Jakubowski Jan i Szeparowicz Jan; przybyło członków czynnych dziewięciu jakoto: prof. Adamkiewicz Albert, docent Dr. Jordan Henryk, Drowie Jana Stanisław, Landowski Paweł, docent Dr. Lesser Władysław, prof. Mikulicz Jan, Sekcyja przemyska Towarzystwa lekarzy galicyjskich, Dr. Szerlecki Alfred i Towarzystwo akademickie medyków w Wrocławiu; prenumeratorów ośmiu, a mianowicie: Drowie Brühl Edward, Czesznák Julijan, Gedl Mieczysław, Kohn Maksymilijan, Rosner Jan, Wolfram Adolf. Drnd. med. Roth Józef i Wiszniewski Z. kandydat medycyny. Obecnie tedy Wydawnictwo liczy członków czynnych 139, prenumeratorów 31, członków honorowych 2, razem członków i prenumeratorów 172, z czego się okazuje, że liczba członków wzrasta w sposób zachęcający do wytrwania na obranym torze.—

Już dawniéj zapowiedziane wydanie Syfilidologii Dra Krówczyńskiego zostało ukończone i wkrótce jako premijum bezpłatne za rok 1881 i 1882 rozesłane będzie wszystkim członkom i prenumeratorom. Najbliższém dziełem, które Wydział uchwalił rozesłać jako premijum bezpłatne za rok 1883, będzie II część Nauki położnictwa docenta Dra Jordana, obejmująca patologiję i terapiję ciąży, porodu i połogu, stanowiąc w ten sposób uzupełnienie rozpoczętego dzieła; nadto przyrzeczono Wydawnictwu kilka dzieł oryginalnych. — Nieobojętną zapewne będzie dla szanownego Zgromadzenia wiadomość, że Statut Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie, uchwalony na Zgromadzeniu ogólném VI w dniu 31 marca 1882, potwierdziło c. k. Namiestnictwo reskryptem z dnia 6 maja 1882 r. L 25.531, skutkiem czego przystęp dla wielu został ułatwiony. — Z przyjemnością zaznaczyć mi wypada, że rozsprzedaż dzieł przez Wydawnictwo wydanych była w roku ubiegłym nieco żywszą, co zdaje się udowadniać, że Wydawnictwo nasze zyskuje coraz więcéj uznania pomiędzy kolegami Wydział pragnąc ułatwić uczniom medycyny nabywanie dzieł, uchwalił zniżyć znacznie ceny takowych i rzeczywiście wielu z młodzieży lekarskiéj już z tego zniżenia korzystało. Oprócz tego rozesłał Wydział po jednym egzemplarzu dzieł wydanych kilkunastu polskim Stowarzyszeniom uczniów w Uniwersytetach zagranicznych. — Jak wiadomo szanownemu Zgromadzeniu z ostatniego sprawozdania (Przegląd Lek. Nr. 15, 1882) Wydział podczas Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w r. 1881 podjął myśl wejścia w stosunek z wydawnictwem „Biblijoteki Umiejętności lekarskich" w nadziei, że jeśli stosunek ten da się przeprowadzić, natenczas obydwa wydawnictwa rozszerzą zakres swego działania z pożytkiem dla piśmiennictwa polskiego; tymczasem z ubolewaniem wyznać należy, że najlepsze chęci Wydziału doznały zawodu, albowiem porozumienie z wydawnictwem pomienioném do skutku nie przyszło. — W końcu winienem jeszcze nadmienić, że Wydawnictwo przedstawione było na Zjeździe lekarzy i przyrodników w Pradze przez doc. Dra Pieniążka.

4. Podskarbi Dr. Grabowski zdał sprawę z rozsprzedaży dzieł i ze stanu funduszów Towarzystwa. Dochód wynosił 744 złr. 70 ct. (a mianowicie: składki wstępne 97 złr., składki i prenumeraty roczne 206 złr. 95 ct., odsetki od kapitału 116 złr. 72 ct., zwrot nakładów przez rozsprzedaż dzieł wraz z odsetkami 324 złr. 3 ct.). Rozchód wynosił 445 złr. 80 ct. (a mianowicie: zakupno papieru 300 złr. 57 ct., dalszy wydatek na druk Syfilidologii 100 złr., druk nowego Statutu 32 złr. 30 ct., druki i wydatki kancelaryjne 5 złr. 50 ct., wydatki pocztowe 7 złr. 43 ct.). Pozostaje więc nadwyżka dochodu w kwocie 298 złr. 90 ct, Zaległości w składkach członków i prenumeratorów wynoszą 388 złr. 12 ct. W dniu 15 października 1880 r. wynosił zapas gotówką 2412 złr. 56½ ct., w dniu 15 października 1881 wzrósł do 2468 złr. 82½ ct., w dniu zaś 1ym stycznia 1883 r. przez doliczenie nadwyżki dochodów z roku ubiegłego kapitał będący własnością Wydawnictwa wynosi 2767 złr. 72½ ct. Majątek Wydawnictwa w d. 1 stycznia 1883 składa się więc: *a*) z kwoty 2767 złr. 72½ ct. umieszczonéj w kasie Oszczędności i w Zakładzie kredytowym ziemskim, *b*) z nierozsprzedanych dzieł, których wartość według poniesionych nakładów wynosi około 1000 złr., *c*) z zapasu papieru, *d*) z zaległych składek członków i prenumeratorów.

5. Do sprawdzenia rachunków z ubiegłego roku wybrano Dra Ściborowskiego i Dra Skórczewskiego.

Na tém posiedzenie zakończono. *Dr. Skobel*,
Sekretarz Wydawnictwa.

V. Listy z Warszawy.

I.

Warszawa d. 15 stycznia 1883 r.

Dziwnym i szczególnym trybem przychodzą u nas do skutku rozmaite reformy i ulepszenia w kwestyjach szpitalnych i sanitarnych. Warszawa wznosi się w sposób niebywały, w ostatnich dziesiątkach lat ludność jéj się podwoiła, materyjalny byt podnosi się, dochody tak miejskie jak i pojedynczych indywiduów zwiększają się, powstają instytucyje kredytowe, które milijonami rubli rocznie rozporządzają, fabryki kolosalnych rozmiarów, jakich dotychczas Warszawa nie widziała, budują się i świetnie prosperują, miasto nasze staje się w ten lub ów sposób centralném siedliskiem wcale pokaźnéj sieci dróg żelaznych, teatra, cyrki i inne miejsca zabaw publicznych mnożą się, jedném słowem postęp widoczny jest we wszystkich kierunkach. Zdawałoby się, iż instytucyje sanitarne i szpitalne powinny być także porwane ogólnym prądem i powinny podążać na drodze postępu; tymczasem rzecz się ma zupełnie przeciwnie.

Prawdziwie zawisł jakiś fatalizm nad wszystkiém, co tylko instytucyją lekarską się nazywa. Liczba lekarzy miejskich wcale nie została zwiększoną od czasu, kiedy Warszawa połowę dzisiejszéj ilości mieszkańców liczyła, pensyja tych, którzy są, nie została podwyższoną (mają ogółem 400 rs. rocznie!), a przecież czynność ich, musiała się, zważywszy obecne daleko większe wymagania higijeniczne, najmniéj w czwórnasób powiększyć. Dzisiejsi lekarze miejscy nie mogą podołać wymaganéj od nich pracy i dla tego wszystko zdane jest na Opatrzność boską. Wszystkie najpilniejsze i najpotrzebniejsze reformy, których niedopełnienie grozi ciężką chorobą, a nawet śmiercią pojedynczych mieszkańców, dokonywają się tak powolnie, jak gdyby nikt ważności ich nie pojmował. Dosyć wspomnieć dom obłąkanych, który tak bardzo w Warszawie jest potrzebny, a na który przed 18 laty kupiono plac na Pradze, po to, żeby zasadziwszy na nim kilkanaście drzew dzisiaj go sprzedać; instytut szczepienia ospy, na który jeszcze w lutym r. 1879 Cesarz wyznaczył fundusz, a który do dziś dnia nie istnieje; obowiązkowe oględziny zmarłych, na które całe lata trzeba było czekać i które zupełnie nieodpowiednio zostały urządzone; gwałtownie wymagana reforma w domu podrzutków, gdzie 85% niemowląt umiera [1]); reforma instytutu położniczego, w którym skutkiem naszéj opieszałości setki kobiet niepotrzebnie umiera itp. Nie będziemy mnożyć na to przykładów, całe stronnice moglibyśmy takiemi dezyderatami zapełnić.

Najlepszą illustracyję do tego, jakim sposobem załatwiane u nas bywają sprawy, o jakich mowa, stanowi niedawno ustanowiona komisyja do reform szpitalnych. P. Prezydent miasta zaprosił kilkudziesięciu obywateli, pomiędzy którymi było i kilku lekarzy, żeby obradowali nad tém, jakie reformy w szpitalach i przytułkach warszawskich są najpilniejsze. Komisyja odbyła kilka posiedzeń, na których ogólnie nad przedmiotem dyskutowano, ale gdy przyszło do szczegółowego działu, oświadczyła swoją niekompetencyję i wybrała z pośród siebie komitet, złożony prawie wyłącznie z lekarzy, który miał szczegółowy projekt reform wypracować i komisyi *in pleno* przedstawić. Tak się też stało; komitet ów, który dla krótkości lekarskim nazwijmy (zasiadał w nim i p. Puchalski naczelnik zakładów dobroczynnych warszawskich), po długiéj, a mozolnéj pracy, po zasięgnięciu mnóstwa wiadomości od naczelnych lekarzy szpitalnych, od wszystkich lekarzy wolno praktykujących, od p. Inspektora urzędu lekarskiego itp. po zasięgnięciu dokładnéj wiadomości o położeniu rzeczy w rozmaitych miastach za granicą i zastó-

[1]) Kto chce o prawdziwym stanie naszego domu podrzutków się przekonać, niechaj sobie trud zada przejrzenia odpowiednich kart szpitalnych, na których ręką ordynatora napisane są wyrazy: „umarł z głodu, skutkiem niedostatecznéj ilości pożywienia." Niedyskretnie to z naszéj strony, że wydobywamy na jaw fakta, które pochłaniane bywają przez archiwa szpitalne, i o których tylko na ucho jeden drugiemu opowiada, ale czynimy to dla dania faktycznych podstaw naszym wywodom.

sowaniu ich do miejscowych stosunków, wypracował elaborat, który czyni mu zaszczyt i który pod każdym względem za doskonały uważać należy. Elaborat ów komitetu lekarskiego przedstawiony na ogólném zebraniu komisyi, uzyskał najzupełniejszą aprobatę. *Tout va pour le mieux dans le meilleur des mondes*! zawołał wtedy nie jeden dbający o dobro ogółu obywatel kraju. Tymczasem rzecz, która tak wyjątkowo dobrze się rozpoczęła, została spaczona w następujący sposób. Zaprowadzenie reform, które ów komitet lekarski proponował (ob. *Medycyny* Nr. 24 i 25) wymagało znacznego bardzo wydatku rocznego, którego Rada D. p. opędzić nie może; dla odnalezienia źródła dochodu na ten cel wyznaczono komitet t. zw. finansowy, który miał zatém atrybucyje swoje bardzo jasno określone. Tymczasem komitet ten, zamiast zająć się przedmiotem, do którego był przeznaczony, pozwala sobie przekroczyć granice swojéj kompetencyi, gdyż zaraz na pierwszém posiedzeniu p. Przewodniczący poparty przez innych członków rozpoczął czynność od krytykowania punkt po punkcie owego elaboratu komitetu lekarskiego i posunięto się nawet tak daleko, że miano wydelegować z łona swojego członków, którzyby zwiedziwszy szpitale na miejscu się przekonali, o ile wszystkie te wymagania lekarzy są słuszne. Trafne znalezienie się p. Puchalskiego, który zwrócił uwagę na niewłaściwość takiego postępowania, uratowało od téj ostatecznéj śmieszności komitet finansowy. Nie mniéj jednak komitet ów krytykował obszernie sprawy czysto lekarskie, a rozprawiał o nich tak jak ślepy o kolorach. Rozumie się, iż lekarze, którzy do owego finansowego komitetu należeli, odsunęli się od wszelkich dalszych obrad skutkiem takiego obrotu rzeczy.

Smutny ten stan kwestyj, o których mowa, bardzo groźne ma dla nas następstwa. Śmiertelność Warszawy dochodzi do 40‰ rocznie, kiedy są miasta, zwłaszcza w Anglii, w których zaledwie 13‰ wynosi! Ile to ludzi z naszéj winy zupełnie niepotrzebnie życie traci! Czy liczby te nie są dosyć przekonywające i czy potrzeba jeszcze jaśniejszych dowodów na to, jak wielką krzywdę wyrządzają nam biurokraci, którzy w nieograniczonéj swojéj zarozumiałości wyobrażają sobie, iż napisaniem referatu i zrobieniem odpowiedniego dokładu uszczęśliwią ludzkość!

Zastanówmy się teraz nad tém, co jest przyczyną tego, iż wprowadzenie reform sanitarno-szpitalnych na taki opór u nas natrafia i tak zupełnie inaczéj postępuje niż na całym świecie. Mamy przedewszystkiém władze, która nieraz ma i najlepsze chęci, ale krępowana jest mnóstwem formułek, każdą najmniejszą reformę przeprowadzić musi przez mnóstwo dykasteryj a do zdania jedynie kompetentnych w tym razie lekarzy, jako do zdania innego, że nie powiem przeciwnego obozu, odnosi się podejrzliwie i niedowierzająco. Nie ma zatém zgodności ani jedności pomiędzy władzą administracyjną a ciałem lekarskiém, brak wzajemnego zaufania i brak świadomości, że tak ważne dla całego kraju naszego reformy sanitarne tylko wspólnemi silami podjęte być mogą.

Z drugiéj strony, przyczyną złego jest nieodpowiednie w tych razach postępowanie ciała lekarskiego. Pisma specyjalne zachowują w sprawach społeczno-lekarskich głębokie milczenie i żadnych, najpilniejszych potrzeb w swoich szpaltach nie podnoszą. Koledzy nasi, z bardzo małym wyjątkiem, nie brali nigdy pióra do ręki dla zwrócenia uwagi na tę lub ową potrzebę, dla wytknięcia jakiejś niewłaściwości i t. p. Czy przyczyną tego jest Billrothowska niechęć do medycyny społecznéj, czy téż okoliczność, iż tak dalece zajęci są zarobkiem na chleb powszedni, iż ani chwilki czasu poświęcić nie mogą dla dobra ogółu, kwestyi téj rozbierać tutaj nie będziemy, fakt powyższy jednak tak jest widoczny, iż zaprzeczyć się nie da. Nie dosyć na tém, koledzy nasi nie znają dokładnie atrybucyj, jakie im przysługują i robią coraz to większe ustępstwa z tego, co im się z prawa należy.

Ponieważ zatém lekarze nigdy głosu nie zabierali w sprawach, w których jedynie są kompetentnymi, więc rola przez nich zaniedbana uprawiana jest na wielką skalę przez reporterów gazeciarskich. Jeden upomina się, żeby dokładnie zbadano, jaki jest procent śmiertelności w ludności warszawskiéj mahometańskiego wyznania i oburza się na to, iż ta ważna kwestyja zupełnie u nas jest zaniedbana; inny ogłasza z wielką emfazą, że na Lesznie pod Nr. X. pokazała się szkarlatyna, trzeci znowu daje wiarę niedorzecznym opowieściom, które chory pod wpływem halucynacyj tyfusowych wygłaszał i wyrzuca lekarzom okrutne postępowanie z chorymi w szpitalach itd. W obec takich, przez prasę wyjawianych zdań, nie ma się co dziwić, że władza w najwyższym stopniu lekceważy sobie wymagania przez nią wygłaszane.

Takim sposobem się stało, że pole dobrowolnie przez kolegów naszych opuszczone zajęte zostało przez nielekarzy, a nam została tylko swoboda wybierania pomiędzy naparem wymiotnicy a wodą emetykową, lub pomiędzy tą lub ową metodą operowania. Jakie smutne następstwa taki stan rzeczy za sobą sprowadza, postaramy się późniéj wykazać szczegółowo.

β.

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Ω Berlin. Rada związkowa ma wkrótce uchwalić prawo co do używania ołowiu i cynku przy wyrabianiu różnych środków służących do pożywienia, do codziennego użytku itd. Ma być zakazaném użycie ołowiu, jakotéż aliażów, zawierających 10% ołowiu, na naczynia do picia, gotowania lub jedzenia. Do pobielania można używać aliażów, które najwyżéj zawierają 1% ołowiu. Aliażów, zawierających więcéj nad 1% ołowiu zakazuje się używać do przechowywania lub opakowywania w handlach towarów, służących do jedzenia. Zakazuje się wszelkiego użycia ołowiu koło kamieni młyńskich. Zabrania się daléj używania naczyn emalijowanych, które po jednogodzinném gotowaniu z 4% kwasem octowym, dają reakcyję na ołów. Wreszcie rozporządzenie ma zabronić używania ołowiu i cynku do wyrobów gutaperkowych i wszystkich zabawek dziecinnych. Pod ołów i cynk podciąga się wszystkie połączenia tych pierwiastków.

Ω Drezno. Na jedném z ostatnich posiedzeń zajmowało się tutejsze Towarzystwo lekarskie sprawą, w jakiby sposób można najodpowiedniéj i najskuteczniéj wystąpić przeciw partactwu lekarskiemu, coraz więcéj się rozpościerającemu. Powodem do tych obrad było ogłoszenie w dziennikach Zakładu elektro-terapeutycznego niejakiego p. Leibschera, zarazem lekarskiego kierownika i dyrektora tego Zakładu. Pan L. jednak nie kończył żadnych studyjów lekarskich. Nauki swe pobierał tylko u majstra tapicerskiego. Tak przygotowany lekarz otwiera Zakład i w anonsach obiecuje nawet wyleczyć różne chroniczne choroby płucne elektrycznością. Inny przedsiębiorca, niejaki p. Hindorf ogłasza się plakatami jako *Lehrer der Naturheilkunde und Naturheilwissenschaft*, miewa publiczne wykłady, naturalnie za złożeniem opłaty przy wstępie, o metodach leczenia naturalnego dyfteryi, i jako specyjalista w tym kierunku zajmuje w Dreznie w niektórych warstwach ludności wybitne stanowisko.

Ω Według wykazów urzędowych z bieżącego półrocza frekwencyja uczniów na Uniwersytetach bawarskich wynosi: w Monachijum 1523 bawarczyków i 706 obcokrajowców razem 2229. W Würzburgu 369 bawarczyków, 664 obcych, razem 1033. W Erlandze 315 bawarczyków, 253 obcych razem 568.

□ Paryż. Na posiedzeniu Rady zdrowia departamentu

Sekwany d. 5 bm. Dr. Dujardin-Beaumetz zdał sprawę z przypadków wścieklizny, które zdarzyły się w roku przeszłym. Jeden człowiek cierpiąc na przetokę zębową, w celu leczniczym poddał chore dziąsło lizaniu psa; pies ten wkrótce wściekł się, a ten którego miał wyleczyć swym językiem także uległ temu samemu losowi. Dr. D przypomina, że znane już są przypadki w literaturze, że jad wścieklizny dostał się przez błony ślu zowe. za pośrednictwem języka psiego, i przytacza przykład hysteryczki, która potrafiła zaszczepić sobie wściekliznę przez błonę śluzową części rodnych. Przypadków śmierci z wścieklizny w departamencie Sekwany było w r. 1878: 24, 1879: 12, 1880: 5. 1881: 23, 1882: 10 (*Le Progrès médical* Nr. 2).

Ω Londyn. Zawiązane tutaj Towarzystwo palenia zwłok wystosowało prośbę do Ministra spraw wewnętrznych o pozwolenie zbudowania tutaj pieca, na wzór istniejącego w Gocie. Prośbę tę Ministeryjum odrzuciło, motywując odmowę têm, że przedewszystkiém parlament musi zezwolić na palenie zwłok ludzkich.

○ Stan zdrowia w Londynie w ciągu r. 1882 był bardzo średnio zadowalający. Na 1000 mieszkańców przypadało w r. 1880: 21·6, w r. 1881: 21·: a w r. 1882: 21·4. — 13.553 osób zmarło z chorób zakaźnych, a mianowicie 4647 z krztuśca, 2329 z odry, 2162 z biegunki, 2004 z płonicy, 1117 z duru, 863 z dyfteryi a 431 z ospy. W ciągu 1go kwartału 1882 srożyła się w Londynie silna epidemija krztuśca, skutkiem któréj średnia liczba roczna zmarłych z krztuśca znacznie się wzmogła. Również liczba przypadków śmierci z odry była wyższą niż średnią, — natomiast liczba zmarłych z płonicy i biegunki była niższą od średniéj. Liczba zmarłych z duru była w latach 1881 i 1882 wyższą niż w latach 1879 i 1880.

○ Nagrodę imienia Parkesa wynoszącą 100 funtów i medal złoty wartości 15 funtów szterl. przyznano Drowi Poldenowi za pracę „O wpływie zarządzeń higijenicznych na ograniczenie szerzenia się cholery".

Rozpisano zaraz nowy konkurs z terminem do końca r. 1885, na temat: „O zapobieganiu chorobom pomiędzy wojskiem podczas operacyj wojennych w klimatach zwrotnikowych i podzwrotnikowych." (*Lancet*).

○ W jednym z angielskich okręgów zdrowotnych (East Barnet Valley) zwrócił miejski zarząd zdrowia uwagę na niebezpieczeństwo, na jakie narażone bywają osoby oglądające mieszkania do wynajęcia, jeżeli w takich mieszkaniach lub ich sąsiedztwie znajdują się osoby chore na choroby zaraźliwe. Postanowiono pociągać do odpowiedzialności osoby ogłaszające mieszkania do wynajęcia w czasie, gdy w domu znajdują się chorzy na choroby zakaźne. (*The Lancet*).

○ Rząd hiszpański otrzymał telegram datowany 28 grudnia 1882 od konsula w Suezie donoszący, iż cholera pojawiła się między pielgrzymami z Meki i Medyny powracającymi i że liczba zmarłych w ostatniéj miejscowości dochodzi dziennie do 10. (*Lancet*).

Ω Nowojorska *Tribuna* podaje statystykę samobójstw popełnionych w Nowym Yorku w ciągu ostatnich 12 lat. Ogółem odebrało sobie w ciągu tego przeciągu czasu 1687 osób życie, z czego 1326 mężczyzn a 361 kobiet. Otruło się osób 540, powiesiło się zaś tylko 272.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 7—13 stycznia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: 28,6. Z błonicy umarło 1 (0 z. t.); z płonicy 1 (0 z. t.); z błonicy 0 (2 z. t.); z kiły 1 (0 z. t.); z róży 0 (2 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 9 przypadkach odry, 1 duru osutkowego. W tygodniu od 31 grudnia do 6 stycznia ospa w Londynie złagodniała. Umarło 5, świeżo zapadło 15, leczyło się w szpitalach 87. W Wiedniu, Budapeszcie, Brukseli, Aleksandryi umarło po 5, w Walencyi 6, w Paryżu 11, w Warszawie 2, w Granadzie 10, w Petersburgu 27, w Murcyi 4, w Baltimore 41. Z tyfusu brzusznego umarło w Paryżu 71, w Bukareszcie 18, w Aleksandryi 11, w Pradze 7. Z duru plamistego umarło w Londynie i Warszawie po 1, w Granadzie 2, w Walencyi 4. Z czerwonki umarło w Aleksandryi 10. W Dżedah ustały pielgrzymki i cholera.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 31 grudnia do 1 stycznia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 26,7; w Warszawie 29,5; w Poznaniu 29,2; w Wiedniu 26,4; w Budapeszcie 28,4; w Tryjeście 22,7; w Berlinie 22,0; w Wrocławiu 26,8; w Gdańsku 18,6; w Kolonii 22,0; w Mnichowie 28.4; w Dreźnie 26,8; w Lipsku 18,3; w Bazylei 15,9; w Brukseli 25,5; w Amsterdamie 24,0; w Hadze 19,0; w Paryżu 25,5; w Londynie 20,5; w Kopenhadze 31,8; w Stokholmie 32,8; w Chrystyjanii 13,6; w Petersburgu 39,4; w Odesie 31,8; w Rzymie 24,8; w Wenecyi 30,3; w Bukareszcie 35,4; w Lizbonie 32,0, w Aleksandryi 44,9; w Nowym Yorku 24,1; w Filadelfii 21,3; w Bombayu 26,0; w Madrasie 33,1.

J. B.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 25 stycznia. W wielkiéj sali Colegium physicum odbył się wczoraj o godzinie 6téj wieczorem wykład habilitacyjny Dra Emanuela Macheka, w obecności grona profesorów i licznie zgromadzonych uczniów Wydziału lek. Dr. Machek ukończywszy nauki lekarskie we Wiedniu już 5ty rok pełni obowiązki asystenta w klinice tutejszéj okulistycznéj i pracując gorliwie pod okiem kierownika téj kliniki, prof. Rydla, miał sposobność wykształcenia się w gałęzi specyjalnéj, i jak przez prace swoje ogłoszone w tygodniku naszym dowiódł, że wiedzę swoją umie spożytkować na korzyść piśmiennictwa polskiego, tak kursami swojemi przygotowawczemi umiał sobie zjednać przychylność młodzieży. Odpowiednio do polecenia Wydziału Kandydat przedstawił pogląd na nowsze teoryje jaskry. Wykład jego ustny był potoczysty, jasny i wyczerpujący wszystko, co tylko składa się na obecne pojęcia o jaskrze. Nieobeznany z odnośną literaturą, tak obfitą w ostatnich 25 latach, mógł w przeciągu pół godziny nabyć jasnego a należytego poglądu na obecny stan jednéj z najważniejszych kwestyj, obchodzącéj nietylko specyjalistę, ale każdego bez wyjątku lekarza: a wykład wygłoszony był w poprawnéj polszczyznie i z owém ciepłem i pewnością siebie, które cechują dokładną znajomość przedmiotu. To téż gdy Dziekan przerwał wykładającemu, huczne oklaski zebranéj młodzieży były wymownem uznaniem jéj zadowolenia a grono profesorów po odbytém krótkiém posiedzeniu uznało jednomyślnie, że kandydat uczynił zadosyć wszystkim warunkom przez ustawę przepisanym, że zatém pozyskał *veniam legendi* jako docent prywatny okulistyki w Uniw. Jagiell.

* **Warszawa**. Redakcyja *Gazety Lek.* posiada receptę jednego z homojopatów warszawskich, leczącego sposobem hr. Mattei. Recepta ta w istocie jest oryginalną. Chory miał sobie polecone przeciw zimnicy „Scrophuloso Nr. I, 3 ziarnka rano, 3 wieczór sucho", oraz „Febrifugo Nr. I z I szklanki co $1/4$ godz. łyżeczkę." W paroksyzmie z II szklanki co 5 minut"; przeciw typrowi zaś zaleca szan. homojopata: „Do 'cefki wpuszczać 2 razy dniem po 1 kropli elektryczności białéj". Rzecz byłaby arcyzabawną, gdyby nie była zarazem arcysmutną. I u nas spotykamy się, jeżeli nie z podobnemi receptami, to przynajmniéj z poradnikiem Mattejego, i to u chorych, używających porady pierwszorzędnych praktyków; trudno walczyć przeciw takiemu obałamuceniu; tu i oświata zdaje się nie skutkować, bo właśnie t. zw. lepsza warstwa społeczeństwa wierzy w leczenie tajne i cudowne.

* Dr. Kazimierz Mazaraki zatwierdzony został w charakterze ordynatora nadetatowego przy klinice chorób syfilitycznych i skórnych Uniwersytetu warszawskiego.

* **Praga czeska**. N. Pan zamianował Dra Schöbla zw. profesorem okulistyki a docenta Dra Janovskiego nadzw. profesorem dermatologii w czeskim Wydziale lekarskim.

Nominacyje te dowodzą, że urządzenie Wydziału lekarskiego czeskiego nastąpi niebawem. Początek wcale piękny, a jeżeli reszta katedr dostanie się równie godnym uczonym, Wydziałowi czeskiemu rokować można świetną przyszłość.

□ **Rosyja**. Przed kilku tygodniami wspomnieliśmy, że prof. Dr. Bec, badając mózgi mężczyzn i kobiet, doszedł do przekonania, że zachodzi wybitna różnica między budową mózgu męskiego a kobiecego. Na podstawie tego twierdzenia uczynił prof. Bec wniosek, wygłoszony d. 30 grudnia na posiedzeniu kijowskiego Towarzystwa przyrodników, że przyroda przeznaczyła kobiecie poniekąd wyjątkową rolę pomnażania rodzaju ludzkiego, mężczyzna zaś jest uzdolniony do różnorodnych zajęć. Jednocześnie z prof. Becem zastanawiał się nad tą samą sprawą także prof. zool. Dr. Brühl we

Wiedniu, i w artykule umieszczonym w styczniowym zeszycie dziennika *„Auf der Höhe“* na podstawie długoletnich badań twierdzi, że budowa mózgu kobiecego przemawia za uzdolnieniem płci żeńskiéj do tych wszystkich zajęć, do których zdolnym jest mężczyzna. *(Wracz* Nr. 52).

Według *Wileńskiego Wiestnika* na 106 słuchaczy V roku medycyny w Uniwersytecie warszawskim otrzymało stopień lekarza 45 (42,85%); na takąż samą liczbę w Kijowie otrzymało dyplom lekarski 48 (45,71%). *(Zaria)*.

W Rosyi wychodzi 18 lekarskich pism peryjodycznych; obecnie przybywa jeszcze jedno, *Homeopaticzeskij Wiestnik* (roczna cena 3 rsr.) pod redakcyją Dra Fleminga. Kiedy tak wszystko uśmiecha się homojopatom w Rosyi, na jasnêm niebie daje się spostrzegać czarna chmurka: *Prawitielestwiennyj Wiestnik* przedrukował z protokółów uchwał Rady lekarskiéj sprawozdanie prof. Eichwalda, wykazującego w pracach literackich czoła homojopatów petersburskich Dra Ditmana, nie tylko brak zasadniczéj nauki wiedzy lekarskiéj, ale posługiwanie się fałszem. Cała waga téj publikacyi polega na têm, że jéj podjął się organ rządu.

* **Odznaczenia**. Prof. Frerichs mianowany został rzeczywistym tajnym starszym radzcą lekarskim z rangą radzcy 1éj klasy. (Na brak tytułów Niemcy uskarżać się nie mogą!) Referent spraw sanitarnych król. prusk. Dr. Eulenberg otrzymał order orła czerwonego kl. 2éj z liściem dębowym; tenże order kl. 4 otrzymali proff. Freund i Golz w Strasburgu i Liebreich w Berlinie.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 2: Rejchmana: Strumień elektryczny przerywany jako środek przeciwko przewlekłemu zaparciu stolca — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 3: Heimana: O głuchocie udanéj i sposobach rozpoznawania takowéj; Jerzykowskiego: Uwagi nad wstrzykiwaniami do jamy macicy (c. d.); Nenckiego i Rakowskiego: Poszukiwania nad preparatami chinowemi.

Piśmiennictwo lekarskie. GULTER. Des cirrhoses mixtes. 8. Paris. Delahaye et L. Fr $3\frac{1}{2}$.

HAGEN R. Anleitung zur klin. Untersuchung u. Diagnose. Ein Leitfaden f. angeh. Kliniker. 4 Aufl. 8 Leipzig. Veit et Co geb. M. 3.50.

* Na fundusz wdów i sierót po lekarzach przy Tow. lek. galic. istniejący złożył: fizyk Dr. Buszek zła. 10.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 1270.

KONKURS.

Wydział powiatowy podhajecki ogłasza niniejszém konkurs na posadę lekarza ordynującego w szpitalu powszechnym w Podhajcach z płacą roczną 500 złr. w. a., a to na lat dwa. Posada powyższa przy należytém pełnieniu obowiązków może być przedłużona na dalsze dwa lata. Podania należycie ostęplowane należy wnieść do Wydziału powiatowego najdaléj do dnia 31 stycznia 1883 i w nich wykazać: wiek, stan, miejsce urodzenia i stopień Doktora wszech nauk lekarskich otrzymany na jednym z Uniwersytetów austro-węgierskiéj monarchii.

Z Wydziału Rady powiatowéj
w Podhajcach dnia 2 Stycznia 1883 r.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 3 lutego 1883. **№ 5.** **Rok XXII.**

I. Z kliniki chirurgicznéj prof. Dra Mikulicza w Krakowie.

Przyczynki do Chirurgii.

IV.

Przyczynek do sposobu operowania polipów nosopołykowych.

Napisał prof. Mikulicz.

Może nie ma drugiego nowotworu, względem którego rozporządzalibyśmy tyloma sposobami operacyjnemi, jak w przypadkach guzów włókniakowych zwolna się rozwijających, które w sposób typowy od podstawy czaszki wyrastając stają się niebezpiecznemi przez utrudnienie oddechania i połykania, a wszystkim chirurgom są znane pod nazwą polipów nosopołykowych. Zanim jeszcze studyja Nélatona i Benscha podały nam ciekawe wyjaśnienia co do etyjologii i klinicznego przebiegu tych tworów, już chirurgowie zajmowali się ich leczeniem za pomocą operacyi. Odkąd Manne w Avignonie (1717) przez jamę ustną, a Syme od twarzy przez resekcyję szczęki górnéj (1832) starali się dostać do nowotworu, chirurgowie wszystkich narodowości dążyli do tego, aby w tych dwóch kierunkach znaleść najprostszą i najpewniejszą drogę ku wydaleniu nowotworów nosopołykowych.

Rozwój téj operacyi doznał tymczasowéj przerwy, gdy z jednéj strony Maisonneuve podał swoją *boutonnière palatine* i resekcyję podniebienia twardego a Nélaton cięcie przez podniebienie w kształcie litery T, a z drugiéj strony Langenbeck przez resekcyję osteoplastyczną wyrugował wszystkie znaczniejsze zabiegi od strony twarzy; nadto stósowano w obec guzów mniejszych i łatwiéj dostępnych pętlę galwanokaustyczną i odgniatacz.

W ostatnich dopiero latach na nowo wszczęła się dyskusyja nad tym przedmiotem, gdy Gussenbauer (*Ueber die buccale Exstirpation der basilaren Rachengeschwülste. Arch. f. klin. Chir.* XXIV, 265) wskazał nową metodę przez jamę ustną a Péan (*Leçons de clinique chirurgicale, VI leçon, Paris* 1879) nową drogę od twarzy. Z tego głównie powodu podniesiono ponownie kwestyję, czy należy raczéj operować przez jamę ustną czy téż przez twarz, która metoda jest najlepsza. Gdy więc sprawa ta dziś po raz wtóry przychodzi na porządek dzienny, uważam za stósowne ogłosić odnośny przypadek z mojéj kliniki.

Nim zestawię samą historyję choroby, niech mi wolno będzie podać kilka uwag nad szczegółami najważniejszemi, które uwzględnić nam wypada wydając sąd o poszczególnych sposobach operowania. W zasadzie temu sposobowi przyznamy pierwszeństwo, który odsłania najbardziéj siedzibę choroby, a więc przedewszystkiém sklepienie połyku. Od tych warunków zależy uczynienie zadosyć dwom ważnym wymogom, a mianowicie: 1) że możemy bardzo szybko i prędko zatamować krwotok czasem dość znaczny powstający z miejsca przyczepienia polipa, i 2) że możemy doszczętnie wyłuszczyć guz bardzo łatwo się odnawiający. Następuje to tylko wtedy, jeżeli nie tylko za pomocą narzędzi możemy się dostać do punktu wyjścia nowotworu, lecz jeżeli operacyję kontrolować możemy wzrokiem.

Zresztą *ceteris paribus* wybierzemy tę operacyję, która jest zabiegiem jak najmniejszym i pociąga za sobą najmniejsze zboczenia tak pod względem kosmetycznym jako też czynnościowym.

W obec małych i łatwo dostępnych obrzęków staramy się oczywiście pomijać wszelkie czynności przygotowawcze i posługujemy się tylko pętlą galwanokaustyczną albo odgniataczem. Tym sposobem wprawdzie rzadko tylko z zupełną pewnością możemy oddalić wszystko, ale operacyja sama przez się jest tak mało znaczącą, że jéj wykonanie w każdym lekkim przypadku jako pierwszéj próby niejako jest usprawiedliwioném. Skoro jednak zamierzamy wykonać znaczniejszą operacyję wstępną, żądamy od niéj przedewszystkiém, żeby nam umożebniła wyłuszczenie zupełne. Pod tym

ważnym względem należy już z góry dać pierwszeństwo stósownéj operacyi przez jamę ustną. Co do mnie, to zgadzam się zupełnie z Gussenbauerem, że przez jamę ustną zyskujemy daleko wolniejszy przystęp do podstawy czaszki niż przez jakikolwiek inny sposób operacyi od twarzy, wyjąwszy zupełną resekcyję jednéj połowy szczęki, do czego dziś tylko w bardzo wyjątkowych przypadkach przystępujemy. Od jamy ustnéj widzimy podstawę czaszki więcéj *en face,* możemy działać narzędziami pewnie i energicznie, gdy podczas operacyj od twarzy widzimy miejsce przyczepienia polipa z profilu. Co do zboczeń pozostających po operacyi, to wszystkie operacyje na twarzy pozostawiają blizny mniéj lub więcéj w oczy wpadające; oszpecenie po resekcyi osteoplastycznéj Langenbecka jest czasem nawet dość znaczne.

Z dawniejszych sposobów operowania tylko za pomocą metody Maisonneuva, polegającéj na częściowém wycięciu podniebienia twardego, można było uzyskać dość miejsca. Pozostaje jednak po niéj trwała komunikacyja między jamą ustną a nosową. Téj wady unika Gussenbauer przez resekcyję podokostnową podniebienia twardego. Metoda Gussenbauera posiada więc tę zaletę, że pozwala najczęściéj zupełnie odsłonić pole operacyjne i nie pozostawia ani zniekształcenia ani upośledzenia czynnościowego. Według téj metody przecina się błonę śluzową i okostną po nad podniebieniem twardém w linii środkowéj, odsuwa się ją następnie po obydwu stronach za pomocą raspatorium na bok i oddala wreszcie część środkową podniebienia twardego młotem i dłutkiem. Przez otwór w ten sposob powstały można się wygodnie dostać do podstawy czaszki. Brzegi pokrycia śluzowo-kostnego podniebienia twardego zespaja się albo zaraz po wyłuszczeniu polipów albo téż późniéj jak śród uranoplastyki Langenbecka. Gussenbauer operował w ten sposób trzy razy z pomyślnym skutkiem i przekonał się, że można go także z korzyścią stósować w przypadkach nowotworów złośliwych sklepienia połyku [1]). W swoim przypadku trzymałem się także zasady metody Gussenbauerowskiéj; o tyle tylko od niéj odstąpiłem, o ile z powodu wielkości nowotworu zmuszony byłem przeciąć nie tylko podniebienie twarde ale i miękkie.

Hersch Heim, chłopiec 14 letni, z Galicyi wschodniéj, z zupełnie zdrowéj rodziny pochodzący, przed trzema laty po raz pierwszy zaczął doznawać zatykania w nosie, głos stał się nosowym, oddech tylko przy otwartych ustach możebnym. Gdy dolegliwości się wzmagały, udał się przed 2 laty do Wiednia, gdzie przyjęty do kliniki prof. Billrotha, operowany został za pomocą resekcyi osteoplastycznéj według Langenbecka. Cały rok po operacyi był zupełnie zdrowy, potém jednak dawne dolegliwości zaczęły się wracać. Nadto przyłączyły się w ostatnich 2 miesiącach częste krwotoki z nosa, bardzo osłabiające chorego, i trudności w połykaniu; zresztą i oddychanie przez usta stawało się coraz trudniejszém.

U chorego przyjętego w dniu 3 listopada 1882 r. do kliniki chirurgicznéj tutejszéj znaleziono stan następujący: Chłopiec dobrze zbudowany, narządy wewnętrzne nie okazują zboczeń. Skóra blada, błony śluzowe niedokrewne. Na twarzy blizny po pierwszéj operacyi. Głos ma dźwięk bardzo mocno nosowy; oddech chrapiący, wyraz twarzy jak zazwyczaj u cierpiących duszność. W nocy budzi się chory kilkakrotnie z powodu znacznego bezdechu. Po otwarciu ust widać podniebienie miękkie zepchnięte ku dołowi i przodowi; za niém widać jasnoczerwony guz, wypełniający górną część połyku aż blisko do dna języka. Palcem wprowadzonym do jamy ust obejść się daje tylko dolna część wspomnionego obrzęku, wyżéj zaś cała jama połykowa wypełniona jest przez nowotwór tak, że do podstawy jego palcem dostać się nie można. Śród ostrożnego nawet badania obfite krwawienie. Ciepłota 39·8°C., tętno 90.

5 listopada 1882 operacyja. Uśpienie. Położenie chorego według Rosego do operowania z wiszącą głową. Wziernik do jamy ustnéj. Naprzód przeciąłem w linii środkowéj całe podniebienie miękkie i większą część twardego, tj. pokrycie jego śluzowo-okostnowe; potém za pomocą raspatoryjum odsunąłem okostnę po obydwu stronach od kości. Pokazało się wtedy, że część podniebienia miękkiego i twardego była już w skutek ucisku przez polip zmiękczona i przetarta. Z tego powodu średnia część podniebienia twardego dała się łatwo wyciąć jedynie za pomocą mocnego noża i nożyczek. Po utorowaniu całkiem wolnéj drogi do nowotworu, wyciąłem przedewszystkiém dolną jego część, która przeszkadzałą oddechaniu, poczém całkiem spokojnie dalszą operacyję mogłem wykonać. Za pomocą nożyczek krzywych odsunąłem dalszą nadzwyczaj twardą część guza w osobnych kawałkach aż blisko do podstawy polipa połączonéj ściśle z kostném sklepieniem jamy nosowo-połykowéj. Resztę tę odsunąłem za pomocą raspatoryjum razem z błoną śluzową i okostną od podstawy czaszki i otaczających części kostnych. Nastąpiło tamponowanie całéj jamy nosowo-połykowéj paskami gazy jodoformowéj, końce tychże wyprowadzono przez ranę podniebienia i usta.

Cała masa przez operacyję wydobyta odpowiadająca guzowi wielkości gęsiego jaja, przedstawila jak zazwyczaj w podobnych przypadkach włókniak chrząstkowatéj zbitości. Krwotok podczas operacyi był dość znaczny.

Wieczorem dnia pierwszego utrzymał się jeszcze stan gorączkowy jak przed operacyją (ciepłota 39,0°C., tętno 112). Od dnia drugiego zaś ustąpiła zupełnie gorączka; połykanie łatwe, mimo tamponów leżących w jamie nosowo-połykowéj. Oddech już po operacyi zaraz stał się zupełnie swobodnym. I przebieg miejscowy był zupełnie bezgnilny. 14 listopada, tj. 9 dni po operacyi, wyjęto tampony, wcale niecuchnące. 29 listopada przystąpiłem do zespojenia rozdzielonego podniebienia, stafylorafii i uranoplastyki typowéj. Zagojenie się rany bezpośrednie nastąpiło tylko w przedniéj i tylnéj części, w środku zaś podniebienia miękkiego rozeszły się brzegi a średnica otworu wynosiła w 4 tygodnie po téj operacyi $\frac{1}{2}$ do 1 cm.—29 listopada zespojono ponownie podniebienie miękkie, poczém zagoiła się rana aż do otworu wielkości soczewicy. Ponieważ chory w klinice bardzo się niecierpliwił, wysłano go do domu dnia 9 stycznia rb. z brodawkającą jeszcze raną, w nadziei, że takowa *per secundam* się zagoi. W przeciwnym razie chory ma sobie poleconém, po pewnym czasie powrócić do kliniki.

W tym przypadku ze sposobu operowania przez jamę ustną oprócz korzyści wyż wymienionych odniosłem jeszcze inną. Mogłem bowiem zaraz po przecięciu podniebienia wyciąć część guza wystającą ku dolnéj połowie połyku i tym sposobem zaraz z początku usunąć przeszkodę w oddechaniu. Tym sposobem zwłaszcza operując przy zwieszonéj glowie mogłem obejść się bez zapobiegawczéj tra-

[1]) *Weitere Erfahrungen über die buccale Exstirpation basilarer Rachengeschwülste. Mitgetheilt von Dr. Heinrich Schmidt, Prager med. Wochenschrift 1881 Nr. 26.*

cheotomii, bez której w tym przypadku żadna z metod operacyjnych przez twarz nie dałaby się wykonać. Że zresztą wycięcie polipa tak niezwykłéj wielkości i tą drogą będzie trudniejszém pod względem technicznym, tego można się było z góry spodziewać. O zupełném wycięciu nowotworu przekonano się zaraz po operacyi przez badanie palcem.

Wygodnym bardzo był sposób zatamowania krwotoku za pomocą tamponów z gazy jodoformowéj. W tym przypadku jednak ten sposób miał i swoją stronę ujemną. Tampony zwisające z rany podniebienia i przymocowane do lica za pomocą przylepca, nie pozwalały mi zespoić od razu brzegów rany, chyba żebym je chciał usunąć już po upływie pierwszych 24 godzin. Ale zdaniem mojém nie jest to rzeczą obojętną, zostawić gazę jodoformową przez dłuższy czas i w ten sposób zapewnić sobie bezgnilne gojenie się rany na podstawie czaszki po odsłonięciu okostnéj. W innym podobnym przypadku jak niemniéj we wszystkich tych przypadkach, w których metoda Gussenbauera sama przez się wystarcza, używałbym do zatamponowania bardzo wązkich a długich pasków gazy jodoformowéj, i wyciągnąłbym ich końce przez otwory nosowe, aby je tam przymocować. W takim razie możnaby ranę w podniebieniu odrazu zespoić, przez co i widoki zagojenia się téj rany stają się daleko lepsze. W naszym przypadku częściowe rozmięknienie i rozpoczynające się przetarcie podniebienia byłyby w każdym razie utrudniły zagojenie się rany w podniebieniu. Nie potrzeba się też obawiać, żeby gaza jodoformowa przedwcześnie się od rany oddzieliła i do połyku wpadła, jeżeli ją tylko mocno wciśnięto palcami do jamy nosopołykowéj i tam przez kilka minut przytrzymano, aż ze krwią przesiąkającą utworzy zbitą masę, mocno się trzymającą.

Dodam jeszcze kilka uwag co do operowania przy zwieszonéj głowie według Rosego. Słusznie zarzucają téj metodzie, że krwotok jest znaczniejszy niż wtedy, gdy operujemy chorego siedzącego. Sądzę jednak, że niechęć, jaką wielu chirurgów ku téj metodzie operacyjnéj okazuje, pochodzi po części także z niezwykłego i nieprzyjemnego wrażenia, jakie ona zrazu wywołuje. Wszystka krew nagromadza się tu w jamie ustnéj i nosowéj i spływa jednym strumieniem ku dołowi, podczas gdy śród operacyi w pozycyi siedzącéj znaczna część krwi spływa do połyku i bywa połkniętą. Co do mnie wcale nie myślę zalecać operowania przy zwieszonéj głowie we wszystkich przypadkach, gdzie istnieje obawa dostania się krwi do krtani, a zwłaszcza nie czyniłbym tego nigdy w długo trwających operacyjach na ludziach starszych, niedokrewnych. Tu najlepiéj operować siedzącego: chorego usypia się głęboko tylko podczas pierwszych cięć a potém pozwala mu się zwolna przyjść do siebie. Tego postępowania używają zawsze w klinice Billrotha, a König także je zaleca. Gdzie jednak nie możemy się obejść bez głębszéj narkozy, zwłaszcza śród operacyj w jamie ustnéj u ludzi młodych, niesfornych, tam zdaniem mojém przeważają zalety sposobu Rosego nad jego wadami. Na chorym głęboko uśpionym operuje się daleko prędzéj, a skracając tym sposobem operacyję narażamy chorego mimo pozornie gwałtowniejszego krwotoku na przynajmniéj nie większą utratę krwi niż podczas zwyczajnego sposobu operowania. Rozporządzamy wprawdzie jeszcze i drugą drogą, tj. tracheotomiją zapobiegawczą i zatamponowaniem tchawicy według Trendelenburga, ale sposobu tego powinniśmy się chwytać, jak sądzę, dopiero w ostatecznym razie. Zgadzam się bowiem zupełnie z Königiem (*Lehrbuch der speciellen Chirurgie*), że tracheotomii w takim przypadku wcale nie należy uważać za operacyję obojętną, a daléj, że w skutek przypadkowego niedopisania przyrządu Trendelenburga może dla chorego znaczne urość niebezpieczeństwo.

II. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od r. 1879 do 1882.

Podał Dr. Emanuel Rosenblatt.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 4).

Zastanawiając się nad przypadkami temi, widzimy, iż w 10ciu przypadkach wystąpiły drgawki nagle, bez jakiegokolwiek przypadu neuropatycznego, w 3ch zaś przypadkach poprzedzone były przypadami, które jako zwiastuny poczytać możemy. I tak w przypadku 10tym poprzedzały wybuch drgawek już o dwa dni: zrywania ze snu, śpiączka, zez zbieżny chwilami występujący i rozszerzenie źrenic; ponieważ jednak chory ten cierpiał także i na czerwie, więc przypady te zależeć mogły od podrażnienia ze strony czerwiów; przemawia jednak przeciw temu tłumaczeniu ta okoliczność, iż dziecko przeszło miesiąc było w obserwacyi dla nieżytu jelit a przez cały czas ten nie było żadnych przypadów, któreby choć tylko obecność glist zdradzały, a przypady te wystąpiły dopiero wtedy, kiedy w skutek rozpoczynającego się zapalenia płuca ciepłota ciała się podniosła a glisty poczęły opuszczać organizm. W przypadku zaś 13tym mieliśmy do czynienia z porażeniem podniebienia, lekkiém porażeniem połowiczém twarzy i śpiączką. Ponieważ chora ta krótki tylko czas przebywała w zakładzie, przeto możliwém jest, iż porażenia te pozostały po drgawkach, które chora wpierw przebyła, nim ją do szpitala oddano, a przypuszczenie to tém jest prawdziwsze, o ile że przy sekcyi żadnéj podstawy dla takowych w ośrodkach nie znaleziono. Podobnież ma się rzecz i w przypadku 1ym, gdzie ułożenie palców skurczowe wskazywało przebyty napad drgawek.

Co się tyczy drgawek, to obejmowały one, jak widzimy, we wszystkich przypadkach przeważnie i mięśnie twarzy t. j. ust, powiek, nosa, gałek ocznych, a w mniejszym stopniu czoła i brody, oraz mięśnie odnóg górnych. Z wyjątkiem przypadku 1go, w którym mieliśmy do czynienia ze stałym skurczem palców i przypadku 11go cechującego się skurczem tonicznym zginaczy odnóg górnych i stałym zezem zbieżnym, drgawki były czysto kloniczne, czas trwania napadu rozmaity, przeważnie atoli krótki, od kilku minut do kwadransa. Tak samo rzecz się miała i z liczbą napadów: u jednych dzieci był tylko jeden atak, podczas gdy np. w przypadku 1ym było napadów 5. Powtarzały się one bez porządku systematycznego i bez widocznych powodów. Zaburzenia w sferze naczynioruchowéj ograniczały się do mienienia się barwy twarzy, w sferze czuciowéj do zniesienia czucia podczas napadu, większéj drażliwości po takowym, jednak bez następstw stałych. Co się tyczy zachowania przytomności to o tém trudno było orzec, gdyż przeważnie mieliśmy do czynienia z dziećmi w młodym wieku, u starszych, w przypadkach 5ym, 7ym i 9ym przytomność podczas napadów została zupełnie zniesioną i powróciła dopiero po półdniowéj prawie przerwie. Wykrzyknięcia poprzedzającego napad, sinienia twarzy, skurczów tonicznych mięśni kręgosłupa i klatki piersiowéj, toczenia piany itp. innych

przypadów, mogących budzić podejrzenie o istnieniu padaczki, w żadnym z powyżéj opisanych przypadków nie zauważyliśmy, tak samo jak nie było przypadów, któreby mogły naprowadzić na myśl istnienia jakiegoś zajęcia błon mózgowych lub mózgowia. Co się tyczy chwili wystąpienia napadu drgawkowego, to wystąpił on w 9ciu przypadkach na samym początku zapalenia płuc, poprzedzając nawet jak w przypadku 1ym o dwa dni objawy fizyczne takowego, w 1ym przypadku wystąpił śród przesunięcia się nacieku zapalnego na szczyt płuca (przypadek 12ty), w 1ym przypadku w okresie późniejszym, bo przed przesileniem (przypadek 9ty), a w 2ch przypadkach jako objaw przedśmiertny. Co się teraz tyczy samegoż zapalenia płuc, to było ono tylko raz, w przypadku 9ym, postaci włóknikowéj, w reszcie zaś, t. j. 12tu przypadkach, postaci nieżytowéj, a z tych wystąpiło zapalenie płuc raz jako następstwo kokluszu, przypadek 11ty, raz w zapaleniu miąższowém nerek, przypadek 7my, a 2 razy obok długotrwającéj gruźlicy, przypadek 5ty i 13ty, w reszcie przypadków było samoistném lub następstwem nieżytu oskrzeli. Siedzibą zapalenia 2 razy było płuco prawe, 3 razy lewe a 8 razy zapalenie było obustronne; ogniska zazwyczaj nie ograniczały się do jednego płatu, tylko były rozsiane, szczyty nie były więcéj zajęte niż części niższe. Co się tyczy ciepłoty, to zapalenie przebiegało z małemi bardzo wyjątkami ze znaczną gorączką zwłaszcza wstępną, zazwyczaj około 40°C.; stałego podwyższenia po drgawkach nie zauważono. Przebieg zapalenia nie różnił się zresztą w niczém od innych; co do zakończenia choroby, to 1 przypadek tylko (9) zakończył się pomyślnie, 12 zakończyło się śmiercią już to wprost skutkiem samego zapalenia, już to jak w przypadkach 1ym i 15 skutkiem chorób innych, które do zapalenia płuc przystąpiły. Tylko w 2ch przypadkach nie rozpoznano zapalenia płuca za życia a mianowicie w przypadkach 5 i 13, gdzie istniejące nacieki gruźlicze płuc rozpoznane i przez sekcyję następowo stwierdzone o tyle rzecz utrudniały, iż objawy fizyczne kładziono na karb posuwania się nacieku gruźliczego. Co się tyczy daléj samychże osobników, u których drgawki wśród zapalenia płuc wystąpiły, to tylko czworo dzieci było źle odżywionych, anemicznych, czworo przedstawiało zboczenia w odżywieniu krzywicze, jedno asymetryję czaszki, dwa zboczenia w odżywieniu gruźlicze a jedno zimnicze. Jedno tylko, przypadek 12ty, znajdowało się w okresie przerzynania się zębów.

Co się tyczy innych chorób przebiegających równocześnie a mogących zarówno stać się przyczyną drgawek, to tylko w przypadku 4tym mieliśmy do czynienia z zapaleniem jelit mieszkowém, w przypadku 7ym z zapaleniem miąższowém nerek, a w 5ym i 13ym z naciekami gruźliczemi płuc. Ponieważ zapalenie jelit mieszkowe przebiegało łagodnie, a drgawki wystąpiły dopiero równocześnie z podniesieniem się ciepłoty w skutek zapalenia płuc, więc najprawdopodobniéj nie były one odruchowe, lecz wywołane nagłém przekrwieniem czynném mózgowia i błon skutkiem wysokiéj ciepłoty. Większa już wątpliwość może panować w przypadku 7ym, czy drgawki odnieść do zapalenia płuca, czy też uważać je jako przypad mocznicy. Brak atoli ważniejszych przypadów mocznicy, jak np. ospałości, rozszerzenia źrenic i słabéj ich reakcyi, apatyi, duszności mocznicy właściwéj, bólu w okolicy dołka podsercowego, arytmii uderzeń serca, a wreszcie drgawki od początku obustronne i ciepłota wysoka w miejscu prawidłowéj a nawet często subnormalnéj, skłoniły nas do uważania drgawek za zależne od zapalenia płuca. Wreszcie w przypadkach 5 i 13 zachodzićby mogła wątpliwość, czy drgawki nie zostały czasem wywołane na drodze odruchu skutkiem podrażnienia włókien czuciowych nerwu błędnego w płucach przez ogniska gruźlicze, albo téż czy nie polegały tylko na przekrwieniu zastoinowém w ośrodkach nerwowych w skutek zaburzeń w krążeniu w płucach, a zatém na niedokładném ukwaszeniu krwi i obfitości w kwas węglowy. Jedno i drugie przypuszczenie jednak nie zdaje się prawdziwém. Pierwsze dla tego, że w obec tego materyjału gruźlicy, jaki w szpitalu naszym posiadamy, musielibyśmy znacznie częściéj zauważyć drgawki w obec zmian gruźliczych, co jednak miejsca nie miało, a drugie dla tego, że przekrwienie zastoinowe w ośrodkach mózgowych w obec zaburzeń w krążeniu płucném powstaje głównie tylko wtedy, jeżeli zaburzenia te występują nagle i zajmują znaczniejszą przestrzeń powierzchni oddechowéj. Co się tyczy obecności całych pakietów glist w przypadku 13, to odnosi się do tego, co już podczas omówienia przypadku 10 było powiedzianém. Pozostaje jeszcze do uwzględnienia jedna okoliczność, a tą jest krzywica; wiadomo bowiem, iż u dzieci krzywiczych drgawki występują dość często a polegają one na anemii mózgu powstałéj według Langendorfa i Zaudera w skutek chwilowego spoczynku serca po zadrażnieniu końców obwodowych nerwu błędnego, z czém także i doświadczenia Mayera i Pribrama się zgadzają. Podrażnienie to końców obwodowych nerwu błędnego w żołądku powstaje zaś dość często u dzieci cierpiących na krzywicę, ponieważ zapadają często na dyspepsyję. Drgawki odruchowe przebiegają jednak, jak wiadomo, bez podwyższenia ciepłoty, podczas gdy w przypadkach naszych ciepłota zawsze przed wystąpieniem drgawek była wysoka. Co się tyczy rokowania, to jeżeli na podstawie tak małéj liczby przypadków możnaby wyrazić zdanie, byłoby takowe mniéj korzystném, niż to dotychczas większość lekarzy przypuszcza. Co się tyczy nakoniec badania anatomicznego na stole sekcyjnym to jedynie w przypadku 10ym znaleziono znaczne zmętnienie opony pajęczéj, podczas gdy w pozostałych 11tu przypadkach w narządzie mózgo-rdzeniowym żadnych zboczeń nie można było wykazać. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. E. Henoch (w Berlinie): **Uwagi nad dyfteryją.**

Już sześć dziesiątków lat upłynęło, odkąd po raz pierwszy Bretonneau zapoznał dokładniéj publiczność lekarską z dyfteryją. Mimo jednak tego czasu dotąd nie zapanowała między lekarzami zgoda, jakie właściwie zmiany patologiczne, jakie właściwie objawy chorobowe należy nazwać dyfteryją. Wielu lekarzy, a może ich największa część, rozciąga miano to na chorobę odznaczającą się wypociną białą, białawo-szarą, lub szarą, pokrywającą migdalki, a często i podniebienie miękkie, która przebiega pośród objawów zapalnych, połączonych z mniejszą lub większą gorączką. Z tak szerokiego pojęcia o dyfteryi zdaje się to pochodzić, że nie ledwie w każdym numerze, nawet poważnych pism lekarskich, spotyka się z zaleceniem jakiegoś niezawodnego środka przeciw téj zabójczéj chorobie, — środka, który autor i wynalazca stosował w pewnéj liczbie swoich przypadków z nader pomyślnym rezultatem, — czego jednak niestety krytyka, oparta na doświadczeniu praktyczném, w większéj liczbie przypadków potwierdzić następnie nie zdołała.

Zdaniem Henocha pojmują lekarze kilka chorób odrębnych, do siebie pozornie podobnych, jako dyfteryję. Pominąwszy już zapalenie gardła mieszkowe, które już ostatecznie wielu odróżnia od dyfteryi właściwéj, to za to inną formę zapalenia gardła, którą już Bretonneau wyróżnił jako *Angina coneuneuse*, większa część lekarzy miesza z pojęciem właściwém dyfteryi. To zapalenie gardła krupowe zgadza się, jak wiadomo, pozornie ze wszystkiemi objawami *Anginae diphtheriticae*, na migdałkach znajduje się wypocina biała do białawo-szaréj, pacyjent gorączkuje mniéj lub więcéj, uskarża się na trudność i ból w przełykaniu, często napotyka się nawet obrzmienie gruczołów limfatycznych pod kątem szczęki dolnéj. Niekiedy nawet wypocina pokrywa i łuki podniebienia miękkiego, tak łudząco, że w pierwszych dniach choroby nie podobna powiedzieć, czy się ma przed sobą chorego z dyfteryją, czy też z *Angina coneuneuse* — i zaczyna się nawet wątpić w istnienie téj ostatniéj. Henoch jest jednak zdania, że mimo pozornego podobieństwa zachodzą wielkie różnice między temi dwiema chorobami. Przedewszystkiém kładzie Henoch nacisk na to, że wiele przypadków zapalenia gardła krupowego przebiega w ten sposób, że pod białą wypociną tworzy się ropień, po otwarciu którego wyleczenie szybkim bardzo postępuje krokiem. Rana, którą wypuszczono ropę, nigdy przytém nie pokrywa się złowieszczą wypociną szarą i nie przyjmuje dyfterycznego wejrzenia. Przebieg taki napotyka się szczególniéj u osób dorosłych. Zdaniem więc autora, przebieg taki sprzeciwia się dyfteryi, która przecież jest chorobą specyficzną. Wszak mamy niektóre stany patologiczne, które zupełnie podobnie, nawet identycznie, wyglądają, a jednak co do swéj istoty w gruncie rzeczy są zupełnie różnemi. I tak naprzykład „Krup", tj. powstawanie błon wrzekomych na błonie śluzowéj tchawicy, które wywołuje zwężenie tego przewodu, może powstać skutkiem różnych przyczyn, jak skutkiem działania na błonę szluzową gorących napojów, skutkiem napędzlowania środkami żrącemi, skutkiem wpływu zimnego powietrza, szczególniéj przy ostrym wietrze wschodnio-północnym, — wreszcie także skutkiem działania przyrzutów dyfterytycznych. Wszystkie te przyczyny wywołują krup, a przecież mamy tylko jeden krup istotnie zakaźnéj natury, jakim jest krup dyfterytyczny. Podobnież obraz anatomiczny krosty jest zawsze jeden, a jednak przyczyny mogą być najróżniejsze, wywołujące tę zmianę (*virus variolae, vaccinae, ung. tartar. stibiat.* itd.

Autor przechodzi następnie do pytania, czy można przecież odróżnić zbiór objawów, odpowiadających właściwemu zapaleniu gardła dyfterytycznemu, od objawów zapalenia gardła krupowego przyrody niezaraźliwéj. Różnice są, lecz nie są one rozstrzygającemi we wszystkich przypadkach. Co do gorączki naprzód, to ta występuje zazwyczaj w zapaleniu gardła krupowém nagle, podobnie jak to ma miejsce w zapaleniu gardła mieszkowém — w zapaleniu zaś gardła dyfterytyczném najczęściéj zwolna. Zapalenie gardła krupowe występuje często jednostronnie i dopiero po upływie 24 do 36 godzin przechodzi na drugi migdałek, — w zapaleniu gardła dyfterytycznem zdarza się to o wiele rzadziéj. Głównym jednak momentem odróżniającym jest według autora, że w zapaleniu gardła dyfterytycznem prawie zawsze sprawa zapalna rozszerza się w wysokim stopniu i na błonę szluzową nosa, w zapaleniu zaś krupowém nos często jest zupełnie wolnym. Mniejszéj doniosłości argumentem jest, że w dyfteryi bardzo często występuje białko w moczu, co się zazwyczaj w zapaleniu gardła krupowém nie zdarza. Mimo tych jednak różnic, sądzi autor, że najlepiéj jest ostrożnie postępować, i każdy podejrzany przypadek kazać odosobnić bo często rozróżnienie jest możliwe dopiero po upływie paru lub kilku dni. Najmniéj autor radzi ufać tym, którzy uważają drobnowid za rozstrzygający, nie mamy bowiem dotąd żadnego pojęcia, jak na pewne wygląda grzybek dyfterytyczny, a przecież w każdéj wydzielinie i wypocinie zdjętéj z błony śluzowéj gardła znajdziemy różne postacie drobnowidowych grzybków.

Również nie ma dotąd zgodności w zapatrywaniach co do stosunku, jaki zachodzi między dyfteryją a szkarlatyną. Autor już dawniéj przed laty wystąpił ze zdaniem, że chodzi tu o dwie odrębne choroby. Zdania tego, które, jak mu się zdaje, coraz więcéj zyskuje zwolenników, nie cofa i teraz. Dla tego sądzi, że dyfteryję pierwotną należałoby innem ochrzcić mianem. Już przed kilku laty Senator proponował nazwę: „*Synanche contagiosa*". Nazwa ta jednak nie przyjęła się, i ciągle słyszy się słowa „*Diphtheria scarlatinosa*" itp. Zamięszanie to przeszło i do publiki, od któréj się dzień w dzień słyszy „dziecko chore na szkarlatynę i dyfteryję".

Autor przypuszczając, że różnice główne, jakie istnieją między dyfteryją pierwotną a następową, są znane, zwraca ylko uwagę na to, że chory, który przebył co dopiero płonicę powikłaną z zapaleniem nekrotycznem gardła (*Rachennecrose*, autor woli używać tutaj tego wyrażenia niż *Diphtheritis*), może uledz zaraz właściwemu zapaleniu gardła dyfterytycznemu. Przypadki takie wydarzają się tylko wyjątkowo w praktyce prywatnéj, ale za to dość często w klinikach i szpitalach, gdzie chorzy są narażeni na wpływ przyrzutów obu tych chorób. Autor widział jeszcze częściéj niż dyfteryję po szkarlatynie z *Angina necrotica* występowanie płonicy z tą formą zapalenia u chorych, którzy skutkiem krupu dyfterytycznego byli operowani, a u których już w gardle nie było śladu wypociny. Autor przypisuje to wiadoméj skłonności operowanych ulegania zakażeniu płoniczemu. W końcu swéj rozprawy przytacza autor z licznych przypadków przez siebie spostrzeganych dwa szczególniéj wybitne. W jednym przypadku tuż po dyfteryi (w 12 dniu) przyszło do raptownego podniesienia się gorączki do 40°C. i wystąpienia szkarlatyny, — w drugim zaś, po zejściu zupełnem wypociny dyfterytycznéj z migdałków i po zupełnem ustąpieniu gorączki na kilka godzin wystąpiły dreszcze, na nowo gorączka, poczém wysypka szkarlatynowa wraz z zapaleniem gardła, połączonem z wytworzeniem się wypociny żółtawo-szaréj. Przebieg był korzystnym w obu przypadkach. (*Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 40, 1882).

Dr. Kopff.

Prof. L. Brieger i prof. P. Ehrlich: **Złośliwy obrzęk, występujący w przebiegu duru brzusznego.**

Autorowie, asystenci w klinice Frerichsa w Berlinie, opisują dwa przypadki choroby ciekawéj, natury grzybkowéj, które równocześnie prawie i tuż obok siebie przebiegały. Podobne przypadki spostrzegano już dawniéj w klinice Frerichsa (*Charité-Annalen Jahrg. VII*). Ehrlich na podstawie dłuższych porównawczych badań nad chorobami grzybkowemi przyszedł do przekonania, że jedno i to samo zakażenie zostaje w związku z pojawieniem się dwóch, nawet trzech różnych co do postaci prątków. E. tłumaczy tego rodzaju przypadki w ten sposób, że prawdopodobnie zakażenie pierwotne, przebiegające łagodnie, ograniczone miejscowo, wikła się drugiém zakażeniem, obejmującém cały ustrój.

E. nazywa taki rodzaj zakażenia zakażeniem mięszaném (*Mischinfection*). W dwóch poniżéj opisanych przypadkach chodzi więc o tego rodzaju zakażenie mięszane, gdyż na tle pierwotnego tyfusowego zakażenia rozwinęło się drugie zakażenie z zewnątrz przyniesione, które dało powód do zejścia śmiertelnego. W dodatku przyczyną tego drugiego, w tych dwóch przypadkach śmiertelnego zakażenia, były prątki, które, zdaniem autorów, w zwykłych stosunkach bynajmniéj nie są szkodliwe dla ustroju ludzkiego. Podobny przebieg chorobowy spostrzegano dotąd tylko u zwierząt.

I. przypadek. Dziewczyna silna, 26-letnia, dnia 13go marca 1882 r. przyjęta do kliniki. Choroba ma trwać już od 10 dni. Badanie wykazało we wszystkich objawach charakterystycznie przebiegający dur brzuszny. Mimo to w dalszym przebiegu ciepłota pozostawała w szczególnym niestosunku do całości objawów chorobowych. Ciepłota ranna wahała się między 38·0—38·6°C., wieczorna między 38·8—39·3°C. Autorowie zauważyli już nieraz taki niestosunek i zgadzają się w tym względzie z Fraentzlem, że ciężkości duru nie należy oceniać wedle wysokości ciepłoty, lecz według objawów ze strony układu nerwowego. I te właśnie ostatnie objawy występowały u naszéj choréj szczególniéj wybitnie. Otrętwienie nie opuszczało choréj ani na chwilę. Tylko kąpiele chwilowo przywracały pacyjentce przytomność. Do tego otrętwienia przyłączyły się w dalszym przebiegu choroby często powtarzający się upadek sił, który musiano, prócz zwykłemi środkami pokonywać także dość często wstrzykiwaniem podskórném eteru. Pacyjentka jednak oddziaływała tak silnie na te bolesne wstrzykiwania, mimo całego swego otrętwienia, że w dn. 16 marca wstrzyknięto pełną wstrzykawkę nalewki piżmowéj w środek uda. 18 marca rano wystąpił u pacyjentki już zupełnie inny obraz chorobowy. Upadek sił był jeszcze dość znacznym, przytomność jednak powróciła, chora robiła wrażenie osoby drzemiącéj, na zapytania odpowiadała zupełnie rozsądnie. Uskarżała się głównie na palenie w prawém udzie. Istotnie bowiem wystąpiły w tém miejscu ważne zmiany. Około miejsca ostatniego wstrzyknięcia podskórnego ($^{16}/_{3}$), które zaledwie jeszcze spostrzedz było można, utworzyła się plama ciemno-czerwona, wielkości jednomarkówki, otoczona obrączką nierówną, na dwa palce szeroką, ciemno-niebieską. Od téj plamy ciągnęła się smuga grubości pióra kruczego, niebieskawo zabarwiona, ku więzadłu Pouparta. Tak część ubarwiona jak i jéj okolica, w rozległości mniéj więcéj 8cm., jest spójności więcéj ciastowatéj, obrzmiałéj, część ta obrzmiała jest przy ucisku tylko miernie bolesną, przyczém ma się uczucie lekkiego trzeszczenia. Wieczór tegoż dnia już całe prawe udo było obrzmiałe, skóra na niém napięta. Dalszego szerzenia się plamy zabarwionéj nie dostrzeżono. Z tym stanem groźnym stało w sprzeczności uczucie podmiotowe choréj, która na nic się nie uskarżała. Owszem była ona tak dobréj otuchy, że zamierzała za dni parę wstać. Tętno było bardzo nikłe, 116, ciepłota 39·0°C. oddechów 36 na minutę. 19/3 ciepłota 38·2°C., tętno 120, oddechów 36, chora oddycha z trudnością, policzki sinawo ubarwione. Śledziona w jednakowym stopniu obrzmiała. Plama na udzie doszła wielkości sztuki pięciomarkówki, również smuga, idąca ku więzadłu Pouparta, doszła szerokości 2 palców. Udo jeszcze silniéj niż wczoraj obrzmiałe, o wiele więcéj bolesne. Termometrem nie można stwierdzić różnicy między ciepłotą uda chorego a zdrowego. Ku wieczorowi zaledwie jeszcze było można wyczuć uderzenie serca, a o 8méj wieczór chora nagle zakończyła życie.

W czasie całego przebiegu téj choroby nie dostrzeżono w krzywiźnie ciepłoty żadnéj szczególniejszéj zmiany. Również stłumienie śledziony ciągle się jednakowo zachowywało. W moczu badanym aż do ostatniego dnia choroby nie wykryto ani razu białka.

Sekcyja potwierdziła rozpoznanie duru brzusznego: *Ulcera et hyperplasia agminum medullar. Peyeri, hyperplasia lienis et glandularum mesaraicarum. Emphysema retroperitoneale et femorale.* Po nacięciu skóry uda wykazało się, że tkanka podskórna i tłuszczowa była silnie obrzmiała, skutkiem nagromadzenia się cieczy, w któréj było mnóstwo baniek gazu niemiłéj woni. Szczególniéj dużo gazu tego znajdowało się w tkance pozaotrzewnowéj tak, że gaz ten zapalony zapłonął płomieniem jasno niebieskim, wybuchając nieco przytém (prawdopodobnie był to wód). (Dok. nast.)

Mauriac: **Rozpoznawanie wysypek kiłowych.**

Rozpoznawanie wysypek kiłowych nie zawsze jest rzeczą łatwą a wszelki przyczynek do literatury tego przedmiotu jest bardzo pożądany. Dr. Mauriac, lekarz szpitala w Paryżu zwanego Hopital du Midi a przeznaczonego dla mężczyzn wenerycznych, miał niedawno o tym przedmiocie ciekawy wykład téj treści:

Opisując topografiję wysypek kiłowych Dr. M. nadmienił, że rozdział ich na różne części ciała przedstawia pewne właściwości, jakich nie znajdujemy w innych chorobach skóry. Wysypki rumienia kiłowego znachodzą się przeważnie na tułowiu i bokach po wewnętrznéj stronie członków, więcéj po stronie zginaczy niż po stronie wyprężaczy. Formy guzkowe sadowią się z upodobaniem na twarzy, skrzydłach nosa, czole, na granicy włosów w dolnéj części karku, tułowiu i członkach we wszelkich kierunkach. Postacie łuszczące się z wszelkiemi ich odmianami pojawiają się przeważnie na dłoniach i podeszwach. Wysypki krostkowe powierzchowne i liszajowate pojawiają się na czaszce, brodzie, w ogóle na częściach pokrytych włosami. Niesztowice i brudziec pojawiają się przeważnie na członkach zwlaszcza dolnych. Co się zaś tyczy guzkowych wysypek to bywają one rozprószone po całém ciele. Z tego okazuje się, że wysypki kiłowe występują na skórze całego ciała. Są jednak okolice ciała, które zdają się być wyjęte z pod téj reguły, takiemi są np. okolice obojczyka i mostka, w których wysypki zwykłe i pasorzytne tak są częstemi. Toż samo można powiedzieć o grzbiecie ręki a odnosi się to i do wysypek niekiłowych. Wysypek guzkowych łuszczących się nigdy nie widziano po stronie wyprężaczy na członkach przynajmniéj typowo, jak to ma miejsce w jednéj z najpospolitszych i najwięcéj typowych wysypek niekiłowych, w łuszczycy. Otwory naturalne, spoidła warg, gardło, otwory nosowe, wejście do pochwy i odbytu są ulubionemi siedzibami późniejszych wysypek kiłowych a między innemi na szczegółową wzmiankę zasługują tu plamy na błonie śluzowéj. Zwykłe rumienie kolistego kształtu znachodzą się po całém ciele, gdy wysypki kiłowe rumienio-guzkowe tegoż kształtu nagabują szczególnie podbródek, policzki, czoło, sąsiedztwo przednich i wewnętrznych okolic członków i pośladki. Wysypki kiłowe, pojawiające się w późnym okresie i głębiéj dotykające tkanek, zazwyczaj obierają sobie siedzibę na nosie, wargach, w czaszce, w okolicy obojczyka i mostka, pośladków, a częściéj sadowią się na nogach w okolicy stawów niż zdala od nich. (*The Lancet* 1882, II, Nr. 19) *Dr. Grabowski.*

Wiadomości pomniejsze.

Rozszerzenie serca leczy prof. Maragliano w Genui jak podaje *Cntrbl. f. d. medic. Wiss.*, za pomocą strychninu. Granice serca stwierdzane przez opukiwanie ściśle oznaczano za pomocą azotanu srebrowego. Podając wewnętrznie strychnin badał autor codziennie zmiany co do wymiarów serca. Już po dwóch dniach użycia strychninu zmniejszają się wymiary serca rozszerzonego a po upływie 5—6 dni znikają nawet większe rozszerzenia. Przerwa w podawaniu strychninu, skoro tylko stwierdzono zmniejszanie się rozmiarów serca, sprowadza napowrót dawniejsze rozszerzenie. Dalsze badania wykażą, o ile tymczasowe doniesienie autora da się zastosować i w rozszerzeniach serca z innych przyczyn wynikłych. Dawka dzienna wynosiła 2—3mm. siarkanu strychninowego. Dr. *Pisek.*

Straub z Tübingi podaje (w *Ctbl. f. kl. Med.* Nr. 22) odmianę sposobu **Southeya dla drenowania tkanek** puchliną zajętych. Straub wychodzi z téj zasady, że lejek, połączony swym końcem wąskim z rurką kauczukową zwisającą, nasadzony swym szerokim otworem na podatną skórę, trzyma się tejże działając na kształt „bańki". Gdy skórę surowiczo obrzękłą natniemy lub nakłujemy, a na miejsce to nałożymy lejek mały, który na swym końcu wąskim opatrzony jest w rurkę kauczukową, przytrzymując następnie lejek dopóki wydobywający się z tkanki płyn nie wypełni rurki kauczukowéj, to późniéj lejek bez pomocy sam przylgnie do tkanki na długi czas i wywierając ustawiczny mierny ucisk wysysa płyn spływający przez wzmiankowaną rurkę kauczukową do podstawionego naczynia. Lepiéj jeszcze wypełnić tak lejek jak i rurkę przedtém wodą, lub co stosowniejszą jest rzeczą, słabym ($\frac{1}{2}$—1%) roztworem kw. karbolowego, w tym przypadku lejek zaraz po przystawieniu trzyma się tkanki. Gdy przy nacięciu krew się zjawia, należy się wstrzymać z nasadzeniem lejka, gdyż skrzepy drobne mogłyby zatkać ujście tegoż. Rurkę kauczukową można gdzieniegdzie zastąpić rurkami szklanemi i w tych miejscach ustalić przez przywiązanie, co wielkiém jest dobrodziejstwem dla chorych, gdyż mogą dość swobodnie ruszać się. Lejki używane w klinice w Tübindze były 4—5 cm. szerokie (u góry), rurka zaś kauczukowa była do 4 mm. szeroką. Przykłady przez autora podane bardzo zalecają użycie powyższego sposobu. *Dr. Pisek.*

Ω Fiorani **Leczenie naczyniaków bez operacyi**. Autor używał w 6 przypadkach rozstrzeni naczyń pędzlowania sublimatem z kleiną w stosunku ·3:20. Zwykle należy na guzku utworzyć 4 warstwy tego leku za pomocą zwykłego pędzelka. Po 4 dniach odejmuje się tę skorupkę i znów się powtarza pędzlowanie. Po kilku rzędach takich pędzlowań odpada razem z warstwą zniszczony nowotwór. W miejscu jego pozostaje początkowo zaczerwienione zagłębienie, które jednak późniéj staje się zupełnie prawidłowém. Leczenie jest zupełnie niebolesne i da się najlepiéj stosować w obec naczyń najwyżéj 1 do 2mm. wzniesionych ponad skórę. (*Allg. med. Centralztg.*, 1883, 3 stycznia).

Ω Wiadomo, że **tynktura jodowa** skutkiem dłuższego stania rozkłada się, przyczém część jodu przemienia się w kwas jodowodowy. J. Castelar (Giorn. Farm. Chin.) radzi, aby dodawać do Tra jodi w małéj ilości jodku potasu. Jodek potasu bowiem zapobiega tworzeniu się kwasu jodowodowego na podstawie wzoru $KJO_3 + 6HJ = 6J + 3H_2O + KJ$. Na 100 grm. tynktury jodowéj dostatecznym jest dodatek 1—2 gram. jodku potasu.

Ω **Nowe środki przeciw kile.** 1. Cascara Amorga od lat 4 używana i polecana przez Dra Froehlinga w Baltimore jest korą z drzewa „Gemus Picramnia". Wyciąg z téj kory polecają przeciw kile drugorzędnéj. Zazwyczaj podają 30—50 kropli płynnego wyciągu 3 razy dziennie. Objawy kiły mają szybko ustępować, przyczém wybitnie występuje działanie toniczne tego leku. Reuling zaleca lek ten szczególniéj w zap. kił. tęczówki. 2. Folia Carobae z Brazylii poleca gorąco Edson. Używają płynnego wyciągu 3 razy dnia po 15 do 60 kropli, szczególniéj w zastarzałych formach kiły. Środek ten ma być zarazem Tonicum i Alterans, jak w ogóle wszystkie nowsze środki przeciwkiłowe 3. Berberis aquifolium poleca gorąco Dr. Baird w Moskwie. Dziwna tylko rzecz, że znakomity ten lek każe brać nawpół z jodkiem potasu. (*Vierteljahresschrift für Derm. u. Syphilis*).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

XVI Posiedzenie zwyczajne Tow. lek. krak. z dnia 8go listopada 1882 r.
Przewodniczący: kol. doc. Jordan. Członków obecnych 25.

Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

1) Kol. Przewodniczący zawiadamia o wysłaniu telegramu do Poznania z powodu otwarcia nowego gmachu Tow. Przyj. Nauk.

2) Odczytano list od Tow. lek. galic. z zawiadomieniem o zaprowadzić się mającéj zmianie statutu. Sprawę tę oddano Komitetowi do rozpatrzenia i przedstawienia na przyszłém posiedzeniu.

3) Przyjęto wniosek kol. doc. Grabowskiego poniesienia wydatku w kwocie 60 złr. na wydrukowanie sprawozdania z Zjazdu lekarsko-przyrodniczego w Pradze.

4) Członkiem zwyczajnym Tow. wybrano Dra Jakóba Jungera.

5) Kol. doc. Goebel przedstawił aparat do oświetlenia jamy ust konstrukcyi Telschowa, objaśniając użycie tegoż.

6) W dyskusyi nad wykładem kol. prof. Browicza o wartości dyjagnostycznéj prątków gruźliczych zabrał głos kol. prof. Korczyński. Podając wynik badań plwocin pod względem obecności prątków gruźliczych dotąd w klinice dokonanych, twierdzi, że obecność takowych w plwocinach nietylko utwierdza w rozpoznaniu gruźlicy w przypadkach, gdzie inne objawy chorobę tę wykazują, ale nadto, że obecność lub brak prątków stanowi w przypadkach wątpliwych bardzo ważny moment rozpoznawczy. I tak np. w przypadku niedawno obserwowanym, który dotyczył wyrobnika l. 35 liczącego, doskonale zbudowanego i dość dobrze odżywionego, bez usposobienia dziedzicznego do chorób piersiowych, u którego kaszel z przerwami trwał od lat 15, i u którego istniała wybitna rozedma płuc i objawy ogólnego zastoju żylnego (sinica, zaostrzenie 2 tonu nad t. płucną, znaczne przekrwienie wątroby, mierna opuchlina ogólna i zastój w nerkach), obok braku gorączki a obecności plwocin prawie czysto śluzowych tylko obecność licznych prątków gruźliczych w plwocinach pozwoliła stanowczo powiedzieć, że naciek w szczycie płuca prawego połączony z zapadnięciem się górnéj części kl. piersiowéj jest naciekiem gruźliczym, a nie zwykłém zwyrodnieniem włóknistém *(cirrhosis)* płuca. Ilość i rozmiary prątków zdają się być również ważnemi pod względem ocenienia ciężkości przypadku i szybkości przebiegu. I tak np. w przypadku jednym, gdzie obok braku znaczniejszéj gorączki i dobrze utrzymanego trawienia i przyswajania ciężar ciała szybko zaczął się powiększać, a stan ogólny polepszać, znajdowano prątki cienkie, nieliczne, słabo się zabarwiające i bez zarodników. Brak prątków sam przez się nie wyklucza jeszcze obecności gruźlicy. I tak np. u chorego z otokiem ropnym w lewéj opłucny z odmą powietrzną (*Pyo-pneumothorax sin.*), gdzie w szczycie prawym istniały niewątpliwe objawy zgęszczenia, które sądząc z poprzedniego przebiegu nie mogło być innéj przyrody, jak tylko gruźliczéj, ani w plwocinach ani w ropie z opłucny prątków nie wykryto. Dokładniejsze badania określą zapewne, w jakich okresach gruźlicy prątki nie znajdują się w plwocinach. Kol. doc. Obaliński zapytuje, czy prątki wyróżniają się od innych, na co kol. prof. Browicz odpowiada, że prątki gruźlicze nie tyle postaciowo i wielkością ile

zachowaniem się mikrochem. różnią się od innych prątków. — Kol. prof. Korczyński zapytuje, czy kto z kolegów nie ma doświadczenia co do badania stolców pod względem prątków gruźliczych w przypadkach podejrzanych o wrzody gruźlicze w jelitach. Kol. prof. Browicz odpowiada, że nie są mu znane badania w tym kierunku, że będą one niewątpliwie trudne, a w obec innych znaków rozpoznawczych mniéj ważne. Kol. prof. Korczyński twierdzi przeciwnie, że obecność prątków w stolcach, gdyby się dała stwierdzić, byłaby najpewniejszym znakiem rozpoznawczym wrzodów, gdyż wszystkie dotychczasowe objawy owrzodzeń gruźliczych w jelitach wcale nie są pewne i prawie nigdy nie uprawniają do stanowczego rozpoznania. Kol. prof. Rosner nadmienia, że Fraentzel i Balmer znajdowali w zwłokach prątki gruźlicze na wydzielinie pokrywającéj wrzody gruźlicze w jelitach. Kol. Warschauer sądzi, że z prątkami gruźliczemi rzecz ma się tak, jak z wieloma innemi odkryciami patologicznemi: mają one większe znaczenie rozpoznawcze aniżeli wpłynąć mogą na leczenie. Kol. prof. Korczyński w odpowiedzi kol. Warschauerowi nadmienia, że już przed odkryciem Kocha nauka zwracała się coraz bardziéj ku pojęciom swoistości gruźlicy i ku jednolitości podstaw etyjologicznych gruźlicy ze suchotami i że w obec domniemanéj przyrody pasorzytniczéj tych spraw chorobowych zaczęto stosować leczenie przeciwgnilne i przeciwpasorzytnicze. Tu należy leczenie kreozotem, jodoformem, wziewaniami siarkowodu, leczenie miejscowe jam suchotniczych w płucach itp. Co do leczenia siarkowodem od dawna używanego przez balneologów francuskich, a wznowionego w ostatnich czasach przez Cantaniego, kol. prof. Korczyński wie od kol. Jany, praktykującego w Lubieniu, że w kilku przypadkach suchot płucnych nie spostrzegał tenże żadnéj poprawy. Kol. Warschauer nadmienia, że kol. Żurkowski w Schinznach od dawna używa wziewań siarkowodu w suchotach płucnych. Kol. Wolfram nadmienia, że modyfikacyja podana przez Balmera i Fraentzla (pozostawianie preparatów w rozczynie barwikowym przez 24 godzin) daje daleko pewniejsze wyniki, aniżeli sposób Ehrlicha w przypadkach, gdzie prątki są skąpe i niedostatecznie rozwinięte.

7) Kol. Schramm okazał preparat po resekcyi kawałka kiszki grubéj rakowato przeobrażonéj (przypadek ten szczegółowo opisanym będzie w Przeglądzie Lek.). W dyskusyi nad tym przedmiotem zabierali głos kol. doc. Obaliński i prof. Korczyński, który ostatni zwrócił uwagę na trudność rozpoznawczą obrzęków w jamie brzusznéj położonych. I tak w obecnym przypadku rozpoznał on badając chorego przed operacyją wprawdzie na pewne, że nowotwór wychodzi z okrężnicy wstępującéj, jednakże dla braku wszelkich wybitniejszych objawów zwężenia nie sądził wcale, aby nowotwór mógł obrastać obrączkowato cały obwód jelita i zwężać takowy do tak znacznego stopnia.

8) Na wniosek proff. Blumenstoka i Mikulicza uchwalono jednogłośnie wysłać powinszowanie Drowi Janowi Horbaczewskiemu z powodu jego świetnego odkrycia dotyczącego sztucznego otrzymania kwasu moczowego a zarazem dyplom na członka koresp. Towarzystwa.

Na tém posiedzenie zakończono. *Dr. Jan Rosner.*

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Komisyja sanitarna krakowska odbyła w dniu 30 stycznia b. r. pod przewodnictwem r. m. Dra Warschauera posiedzenie, na którém w myśl uchwał Rady miejskiéj przekazano do zdania sprawy wnioski tyczące się instrukcyi dla służby zdrowia r. m. Drowi Domańskiemu, wniosek co do mianowania lekarzy obwodowych na pewien czas r. m. Drowi Pareńskiemu a wniosek tyczący się uregulowania ratunku w przypadkach nagłych, dla zdrowia i życia niebezpiecznych, Drowi Obalińskiemu; poczém fizyk miasta Dr. Buszek przedstawił wykazy chorobliwości i śmiertelności w Krakowie w grudniu 1882, z których widać, iż pomyślny stan zdrowia publicznego utrzymywał się i w tym miesiącu, że ostre choroby zakaźne pojawiały się rzadko, nieepidemicznie i że przebieg miały łagodny. Następnie po załatwieniu drobnych spraw bieżących oddano projekt regulaminu pozwalania na zamieszkanie nowych budowli przez fizyka miasta ułożony do zbadania podkomisyi złożonéj z Dra Paszkowskiego, Fizyka miasta i Dyrektora budownictwa miejskiego Niedziałkowskiego. Fizyk miasta przedłożył opinię biura sanitarnego miejskiego, według któréj należałoby zabronić zupełnie handlu rybami zamrożonemi ze względu, iż między niemi trafia się wiele zepsutych a kontrola ścisła jest niemożebna. Po obszernéj dyskusyi nad tym przedmiotem odesłano go do ponownego zbadania podkomisyi złożonéj z Dra Zarewicza, Fizyka miasta Dra Buszka i wet. m. Walentowicza z pozwoleniem przybrania do swego grona osób odpowiednich w razie potrzeby. Zdanie sprawy Dra Buszka o wniosku dotyczącym założenia mleczarni wzorowéj w Krakowie oddano do zbadania podkomisyi z r. m. Dra Jordana, Dra Buszka i wet. m. Walentowicza. R. m. Dr. Domański przedstawił obecny stan sprawy wodociągowéj: przed tygodniem doręczyło budownictwo miejskie Inżynierowi p. Klugerowi połowę trasy wodociągu regulickiego: od źródła głównego do Morawicy w długości 21 kilometrów. Drugą połowę trasy ma doręczyć za dni 10 tak, iż wszelka jest nadzieja, że w pierwszych dniach kwietnia r. b. będzie mógł p. Kluger przedstawić Komisyi wodociągowéj wszystkie plany i kosztorysy. Już dzisiaj oglądać można w biurze p. K. wykończone zupełnie plany i kosztorysy rozdzielenia wody w mieście, wielkiego zbiornika pod kopcem Kościuszki i komory wodnéj w Regulicach. Według dat i obliczeń p. Klugera woda regulicka biegnąc własnym spadkiem wzniesie się w rynku na 20 metrów ponad poziom bruku a w najwyższym punkcie miasta na Kleparzu na 14 metrów. W rozdzieleniu wody po mieście przyjęto system cyrkulacyjny dla śródmieścia a rozgałęzienie dla przedmieść. Pod gościńcem okalającym plantacyje znajdować się będzie główna rura o 40 cm. średnicy, z któréj odchodzić będą rury drugorzędne i trzeciorzędne wzdłuż ulic i przecznic śródmieścia a na kształt promieni gałęzie na przedmieścia. Zbiornik wodny pod kopcem Kościuszki mieścić będzie zapas wody na 17 godzin. Lubo przed zupełném wykończeniem planów i kosztorysów nie można nic pewnego powiedzieć, to jednak zdaniem p. Klugera koszt ogólny wodociągu regulickiego nie przeniesie półtora milijona reńskich. Nakoniec r. m. Dr. Domański przedstawił w dłuższém przemówieniu treść swego eloboratu w sprawie pneumatycznego czyszczenia dółów kloacznych zalecając system Talarda z użyciem maszyny parowéj i prosząc o poparcie téj ważnéj pod względem higijenicznym sprawy na posiedzeniu połączonych sekcyj ekonomicznéj i skarbowéj i Komisyi sanitarnéj. Zgromadzeni zgodzili się zupełnie z wywodami sprawozdawcy.

Ω Według obliczenia ludność w Prusach w r. 1880 wynosiła 28,298.385 dusz. Co do stosunku płci to było 449.546 a zatém blisko o pół milijona więcéj kobiet. We Francyi tymczasem według obliczenia z r. 1881, mającéj 37,406.290 ludności, było kobiet więcéj niż mężczyzn tylko o 92,254 głów. W Prusach zatém mających blisko o $^1/_4$ mniéj ludności, jest pół milijona kobiet, które bezwarunkowo, zdaniem niemieckich gazet, nie przyczyniają się do podniesienia dobrobytu lub postępu w naukach, a przynajmniéj w o wiele mniejszym stopniu niż mężczyźni. Pomyślniejszy o wiele pod tym względem stan stosunku ludności we Francyi tłumaczą pisma niemieckie tém, że we Francyi żyje wielu cudzoziemców, przeważnie płci męskiéj. Liczbę ich obliczają na 1,001,110. Dzieci cudzoziemców we Francyi urodzonych zaliczają do narodowości francuskiéj. Z ludności męskiéj, wynoszącéj 18,656.518, jest 10.110.601 mężczyzn nieżonatych, 7.520.185 żonatych, 1,025.731 wdowców. Z 18,748.772 kobiet, jest 9,280.862 niezamężnych, 7,503.353 zamężnych 1,964.557 wdów. (*Voss. Ztg.*)

Ω. Liczba uczniów medycyny w 9ciu uniwersytetach pruskich wynosi 2.542. Liczba zaś w ogóle wszystkich słuchaczów w uniwersytetach pruskich wynosi w bieżącém półroczu zimowém 12.557. W półroczu letniém wynosiła 11.948, w zimowém zaś r. 1881/2 11.894. Z tego wypada na Berlin 4.678, na Wrocław 1.495, na Halę 1.416, na Gietyngę 1,063, na Bonę 973, na Królewiec 856, na Marburg 756, na Gryfiję 662, na Kiel 354, wreszcie na Monastyr 304.

Ω. W Berlinie skazał Sąd, wyrokiem z 20 listopada r. z., na podstawie §. 10 ustawy z d. 10 maja 1879, za fałszowanie piwa pewnego piwowara na grzywny. Piwowar ten dodawał do piwa ciało, którego warzenie piwa nie wymaga, mianowicie drzewa słodkiego. Piwo przez to miało smak słodszy i dla niektó-

rych smaczniejszy, a nie było zdrowiu szkodliwe. Również nie można posądzać piwowara o dodawanie tego środka dla oszczędzenia kosztów warki, bo drzewo słodkie należy do produktów nie nazbyt tanich. Ustawa jednak niemiecka dokładnie przepisuje, jakich ingredyjencyj można do piwa dodawać, a wszelkich innych zakazuje.

Ω. Prof. Forbes w Filadelfii wykonał uczniowi operacyję, ułatwiającą nader poruszanie 4go palca. Wiadomo, że ćwiczenie w ruchach 4go palca uczącym się gry na fortepijanie nader wiele sprawia trudności. Rob. Schumann, skutkiem forsownych ćwiczeń 4go palca, utracił w nim władzę. Operacyja wykonana przez prof. Forbes jest bardzo prostą i niebolesną. Polega ona na przecięciu sznurka ściegnistego, łączącego ścięgno idące do 4go palca od *m. extensor digit. commun.* z wiązkami tegoż ścięgna, idącemi do trzeciego i piątego palca. Rana goi się szybko, i prawie żadnéj nie pozostawia blizny. Operowany mógł przed rękoczynem podnosić palec czwarty tylko do wysokości $^1/_4$ cala, po operacyi zaś do wysokości $1\,^1/_4$ cala; przyczém palec, skutkiem rękoczynu nic na sile nie stracił.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 14—20 stycznia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: 23,3. Z róży umarło 1, z kiły 1. Doniesiono w tymże czasie: o 3 przypadkach ospy, 1 ospicy, 1 duru brzusznego, 1 duru osutkowego. W tygodniu od 7 do 31 stycznia ospa w Londynie bardziéj się rozszerzyła. Świeżo zachorowało 37, umarło 7, leczyło się w szpitalach 109. W Wiedniu, i Budapeszcie umarło po 3, w Paryżu 6, w Granadzie 5, w Petersburgu 25, w Madrycie 16, w Baltimore 57. Dur brzuszny trochę złagodniał w Paryżu i Aleksandryi, bardziéj się rozszerzył w Liwerpolu i Bukareszcie. Z duru plamistego umarło we Wiedniu i Saragosie po 4, w Madrycie, Maladze i Granadzie po 2. Błonica złagodniała w Amsterdamie. Z czerwonki umarło w Bukareszcie 34, w Granadzie 13, w Aleksandryi 9.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 7—13 stycznia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 27,1; w Warszawie 30,7; w Poznaniu 35,5; w Wiedniu 27,5; w Budapeszcie 27,0; w Pradze 32,5; w Tryjeście 39,5; w Berlinie 22,4; w Wrocławiu 37,3; w Gdańsku 26,9; w Kolonii 23,4; w Mnichowie 29,7; w Dreźnie 2,22; w Lipsku 23,7; w Bazylei 15,1; w Amsterdamie 24,7; w Hadze 25,7; w Paryżu 26,0; w Londynie 20,7; w Kopenhadze 22,3; w Stokholmie 27,4; w Chrystyjanii 18,3; w Petersburgu 38,9; w Odesie 27,1; w Rzymie 21,2; w Wenecyi 48,0; w Bukareszcie 38,0; w Madrycie 47,6; w Lizbonie 26,6; w Aleksandryi 38,3; w Nowym Yorku 24,8; w Filadelfii 23,8; w Bombayu 25,9; w Madrasie 34,2. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 1 lutego. Zwracamy uwagę na dzisiejsze ogłoszenie Zarządu Biblijoteki uczniów Wydz. lekarskiego. Księgozbiór bardzo cenny, a dla uczącéj się młodzieży koniecznie potrzebny, na którego istnienie składały się długoletnie starania i datki zbierane od tych, którzy w pocie czoła pracują, narażony jest na zagładę, z winy tych, którzy, korzystawszy z niego za czasów studenckich, z opieszałości nie poczuwają się do obowiązku zwrócenia książek wypożyczonych. Przypuszczamy, że tylko opieszałość i pewien wstyd fałszywy, niedozwalający przyznać się do tamtéj, są przyczyną zatrzymywania u siebie książek, których się częstokroć nawet już nie potrzebuje; mocno jesteśmy przekonani, że o zły zamiar, o świadome przywłaszczanie sobie własności biednéj młodzieży akademickiéj nikt razem z nami nie zechce posądzić byłego ucznia Uniwersytetu Jagiell., i dla tego tuszymy sobie, że to przypomnienie koleżeńskie wystarczy w zupełności, aby skłonić dłużników do jak najrychlejszego spełnienia obowiązku, do zwrócenia Zarządowi książek *in natura* lub ich wartości. Co do nas, znając z jednéj strony trudne położenie naszéj młodzieży, a z drugiéj wielki dla niéj pożytek biblijoteki, nie tylko wezwanie Zarządu jak najusilniéj popieramy, ale prosimy kolegów zalegających ze zwrotem książek, aby zechcieli uwzględnić, że naraziliby na dotkliwą szkodę instytucyję, z któréj sami korzystali, a z któréj korzystać mają i ich następcy, że przyznanie się do zapomnienia a nawet do pewnéj opieszałości nikogo nie hańbi, a żywo pragniemy, aby Zarząd nie widział się zmuszony do użycia środków, które dla niego samego przykre i kosztowne, musiałyby w następstwie stać się têm przykrzejszemi i kosztowniejszemi dla zalegających.

* Dr. Julijusz Łukaszewski, Wielkopolanin, który osiadł jako lekarz w Rumunii, w Jassach — gdzie przez wiele lat prowadził wzorowo szpital „Paszkany“ a w ostatnich czasach po odbytéj podróży za granicą—objął organizacyję i kierownictwo zakładu psychijatrycznego, otrzymał prawo rumuńskiego obywatelstwa, król zaś nadał mu krzyż kawalerski orderu gwiazdy rumuńskiéj. Dr. Łukaszewski jest założycielem biblijoteki polskiéj w Jassach — a obecnie zbiera fundusz na założenie szkoły polskiéj. *(Nowa Ref.)*

Ω W jednym z ostatnich numerów dziennika amerykańskiego „*Chicago medical Journal and Examiner*,“ znajduje się ciekawy bardzo artykuł. Artykuł ten zapowiada pracę znanego mikroskopika H. D. Schmidta z Nowego Orleanu, dowodzącą ni mniéj ni więcéj, jak tylko, że „*bacillus tuberculosis*“ wcale nie jest jakąś uorganizowaną istotą, lecz tylko zwykłym kryształem odosobnionym kwasu tłuszczowego. Schmidt już przeszło rok zajmuje się badaniem drobnowidowém utworów gruźliczych. Zaraz po odkryciu Kocha z Berlina próbował otrzymać laseczniki gruźlicze, lecz mu się to nie udawało. To co widział, były tu i owdzie ciałka śliny, zabarwione niebiesko, i mające kształt laseczników. Następnie używał Schmidt sposobu, podanego przez Baumgartena: zanurzał preparata z gruźlicy w 30% rozczynie ługu potasowego. Wtedy we wszystkich tkaninach, gdzie się napotykało gruzełki, widać było laseczniki, niebiesko zabarwione, które odpowiadały bakteryjom, wykrytym i opisanym przez Kocha. Koło tych laseczek widział Schmidt wszędzie drobne kropelki tłuszczu. Z tego powodu przyszło mu na myśl, że mniemane laseczniki niczém innêm nie są jak tylko kryształkami tłuszczowych kwasów, jak się to dość często podobne zdarza widzieć w preparatach z guzów trądu (Lepra), których komórki zaczęły już ulegać zwyrodnieniu tłuszczowemu, szczególniéj jeżeli na świeże preparata działał rozczyn ługu potasowego. Na podstawie tych spostrzeżeń twierdzi Schmidt, że laseczniki gruźlicze Kocha można każdego czasu w gruzełkach sztucznie otrzymać. Również utwory te, które Schmidt uważa za kryształki kwasów tłuszczowych, można otrzymać za pomocą metody podanéj przez Ehrlicha i Gibbego. Podobne wyniki swych badań, jak Dr. Schmidt, ma wkrótce ogłosić jeden ze znakomitych histologów z Nowego Yorku.

* **Wiedeń.** Prezes ministrów hr. Taffe przyjmował deputacyję Tow. lekarskiego, któréj przewodniczył prof. Arlt, a która prosiła o poparcie przez Rząd wniosku uchwalonego w Towarzystwie względem ustanowienia stałéj Komisyi dla chorób zaraźliwych. Minister przyrzekł, że postara się o ustanowienie takiéj Komisyi.

Sprawa nominacyi prosektora w szpitalu powszechnym we Wiedniu ostatecznie załatwioną została. Rząd orzekł, że w zasadzie posada prosektora odłączoną będzie od posady prof. anatomii patolog., ale w rzeczywistości zamianował prosektorem prof. Kundrata; zastępcą prosektora będzie jeden z asystentów prof. anatomii patolog. Tak prosektor jako i jego zastępca otrzymają osobne wynagrodzenie za czynności prosektorskie.

Minister wojny zamianował naczelnych lekarzy dla 29 dywizyj armii czynnéj; pomiędzy nowomianowanymi znajdujemy tylko jednego Polaka; jest nim Dr. Alojzy Szalay, lekarz sztabowy, dotychczas w Przemyślu, przeznaczony do 24téj dywizyi piechoty.

Na posiedzeniu austr. Towarzystwa higijenicznego, odbytém d. 24 stycznia pod przewodnictwem Billrotha, Dr. Schiff uczynił wniosek, aby Towarzystwo odniosło się do Rządu w sprawie zaprowadzenia centralnego Urzędu zdrowia we Wiedniu na wzór niemieckiego.

* **Węgry.** Radca sekcyjny w ministerstwie oświecenia Dr. med. Ludwik Markusovszky, redaktor „Orvosi hetilap“ otrzymał tytuł i charakter radzcy ministeryjalnego. Prof. Lumniczer mianowany został prezydentem Rady sanitarnéj krajowéj a prof. Korányi jego zastępcą. Lekarz zdrojowy w Trenczynie Dr. Ventura otrzymał krzyż kawalerski orderu Franciszka Józefa. (*W. med. Woch*).

○ **Londyn.** Na posiedzeniu londyńskiego Towarzystwa *Royal Humane Society* odbytém w dniu 24 stycznia rb. przyznano złoty medal Fothergilla wartości 50 gwinej (620 złr.) Drowi Henrykowi Robertowi Silvestrowi za jego badania i odkrycia odnoszące się do sposobu stósowania sztucznego oddechania w przypadkach śmierci pozornéj z utonięcia lub innych przyczyn.

Na pomnik Darwina zebrano dotąd 4000 funtów szterlingów (przeszło 40.000 złr.).

* **Wiadomości uniwersyteckie. Budapeszt.** Opróżnioną od lat dwóch katedrę medycyny sądowéj otrzymał prof. tegoż przedmiotu Ajtai z Klausenburga, pomimo, że Wydział lek. *primo loco* przedstawił był docenta Belkiego. Prof. Andrzéj Högyes w Klausenburgu zamianowany został prof. zwyczajnym patologii ogólnéj i doświadczalnéj w Budapeszcie, a miejsce jego ma zająć docent Dr. Arpad Bókai z Budapesztu; również ma objąć w Klausenburgu katedrę higijeny docent peszteński Dr. Aladar Rózsahegyi.

* **Nekrologia** Temi dniami umarł w Rostoku b. tameczny prof. fizyjologii Stannius, licząc lat 75. Znane są prace jego nad stężeniem pośmiertném i amonijemiją. — We Wiedniu umarł nagle d. 26 stycznia docent ginekologii Dr. Funk, licząc lat 43; zmarł on podobno z udaru podczas wizyty u chorego. — Z Berlina donosi *Berl. klin. Woch.* o śmierci Dra Edwarda Simona, znanego zaszczytnie kierownika apteki Simona; był on dzielnym chemikiem a sporządzony przez niego atropin używał w całym świecie największego zaufania; razem z Posnerem i Waldenburgiem wydawał on katagrafologiję, która kilku doczekała się wydań.—Również w Berlinie umarł tameczny prof, dentystyki Dr. Albrecht.

Piśmiennictwo lekarskie. Markiewicz: Pierwsze letnie kolonije u nas. Warszawa 1882, str. 72.

Mamy właśnie przed sobą małą, niepokaźną broszurkę, wydaną przez Dra St. Markiewicza w Warszawie, która mimo swéj skromności żywo nas obchodzi; bo się zajmuje kwestyją dotąd u nas nieporuszoną, a powtóre jest dowodem, że i u nas wytrwałość a usilna praca w poczciwym kierunku zawsze trudności pokona i cel zamierzony osiągnie.

Myśl wysełania dzieci słabowitych i skrofulicznych na świeże powietrze lub do miejsc kąpielowych dla nich właściwych, najpierw, o ile nam wiadomo, poruszona w Anglii ku schyłkowi ubiegłego stulecia, dopiero w ostatnich latach żywo zajęła umysły na kontynencie W filantropijném tém przedsięwzięciu przodują obecnie Włosi swemi *„Ospizi marini,“* a drugie miejsce po nich zajmują Niemcy, którzy gorliwie zajęli się zakładaniem szpitali dziecięcych na wybrzeżach morza w miejscach kąpieli solankowych i cieplicach. W Austryi istnieją tylko dwa tego rodzaju szpitale: jeden w Hall, a drugi w Baden pod Wiedniem.

Dr. Markiewicz już przed trzema laty powziął szczęśliwą myśl poruszenia i na ziemi polskiéj sprawy kolonij letnich dla dzieci. Kilkoma artykułami w gazetach warszawskich ogłoszonemi zdołał obudzić zainteresowanie się szerszych kół tą sprawą, i pobił niepowołanych krytyków, którzy w dążnościach jego widzieli mrzonki idealisty. Z wiosną r. 1882 zawiązał się staraniem Dra M. komitet, w którego skład weszli: K. Chmielewski, G. Fritsche, B. Gepner, A. Głowacki, A. Goltz, W. Kosmowski, S. Lesznowski i A. Pawiński. Komitet ten poparty szczególniéj przez kilka dam warszawskich, znanych z dobroczynności, zebrał w krótkim czasie koło 1.550 rs. Z początkiem więc lata myśl Dra M. była urzeczywistnioną: 54 dzieci, które uznano za najwięcéj potrzebujące świeżego powietrza, wysłano na wieś. Gromadkę tę biednych chłopców i dziewcząt podzielono na małe oddziały. Na czele każdego oddziału postawiono godnego zaufania dozorcę lub dozorczynię. 11 dzieci wysłano do Jadowa, takąż liczbę do Osin, po 10 dzieci wysłano do Smerdzewia i Szczawina, 12 zaś umieszczono w Janowie. Każdéj kolonii dano instrukcyję, jak się ma zachować. Koszta pobytu 30-dniowego w kolonii wyniosły średnio na głowę 24 rs. 71 kop. — Wyniki, jakie można było stwierdzić po powrocie dzieci do Warszawy, przeszły oczekiwania. Dzieci nie tylko że odzyskały siły, ale i powróciły o wiele więcéj umysłowo i moralnie rozwinięte. Z prawdziwém uczuciem wdzięczności dla Dra M. czyta się ustępy ze sprawozdań, jakie dozorcy tych dzieci przesłali na ręce opiekuna kolonij. Sprawozdania te pisane ze szczerą prostotą, przekonywają najwymowniéj, jak korzystnemi i potrzebnemi są w naszém społeczeństwie letnie kolonije. Oby jak najrychléj u nas w Galicyi znaleźli się ludzie, którzyby zechcieli iść drogą wskazaną przez Dra Markiewicza i przyjść w pomoc najmłodszemu pokoleniu naszéj ubogiéj ludności, coraz więcéj na zdrowiu podupadającemu i karłowaciejącemu. Sprawozdanie Dra Markiewicza może posłużyć tym filantropom jako wskazówka nader szacowna, w jaki sposób należy się zabrać do dzieła tak niezbędnego i jak usuwać nastręczające się trudności. I z tego więc względu należy się Drowi Markiewiczowi wdzięczność i uznanie. Ω.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj*: Nr. 4: Jerzykowskiego: Uwagi nad wstrzykiwaniami do jamy macicy (c. d.); Heimana: O głuchocie udanéj i sposobach rozpoznawania takowéj; (dok.) — w *Medycynie* Nr. 4: Schaittera: Wątpliwy stan umysłowy mordercy.

Z Rady Zawiadowczéj Towarzystwa lekarzy galic.

L. 12. Walne Zgromadzenie Towarz. lek. galic. odbędzie się we Lwowie w sobotę dnia 24go lutego o godzinie 11éj przedpołudniem.

Porządek dzienny jakotéż wnioski Rady Zawiadowczéj będą Delegatom w należnym czasie rozesłane; upraszamy zatém szanowne biura sekcyjne o wczesne zawiadomienie nas o wyborze Delegatów.

Lwów, 30 stycznia 1883.

Dr. Merunowicz Sekretarz — *Dr. Biesiadecki.* Prezes.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie dnia 7go lutego b. r. o godzinie **szóstéj** wieczór w Sali Akademii Umiejętności zwyczajne posiedzenie z następującym porządkiem dziennym: 1. uroczyste wręczenie upominku byłemu prezesowi doc. Drowi Jordanowi; 2. załatwienie spraw z poprzednich posiedzeń pozostałych; 3. Dr. Gluziński opowie przypadek z kliniki prof. Korczyńskiego; 4. Drnd Schaitter poda przyczynek do badania plam nasiennych.

Redakcyja otrzymała.

Dr. W. JAWORSKI: Praktyczne uwagi nad wskazaniami i chorobowemi zdrojowisk w Karlsbadzie i Kissyndze. (Osobne odbicie z *„Medycyny“* 1882), in 8vo str. 7.

* Na fundusz wdów i sierót po lekarzach przy Tow. lek. galic. istniejący nadesłali: Dr. Plech z Jarosławia 10 zła. Dr. Dura z Krzeszowic 3 złr.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. L. Blumenstok.

Z powodu przybytku prenumeratorów nakład Nr. 1go Przeglądu Lekarskiego jest wyczerpanym; Administracyja udaje się przeto z prośbą do prenumeratorów w Krakowie i na prowincyi, niezachowujących Przeglądu, aby zechcieli zwrócić jéj egzemplarze Nr. 1 Przeglądu Lek. z r. b.; ewentualnie gotowa jest Nry te odkupić po cenie 40 cnt. za egzemplarz, którąto kwotę przeszle natychmiast przekazem.

Zarząd Biblijoteki Uczniów Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell. po licznych nieudanych próbach odebrania dzieł wypożyczonych przez byłych członków téjże Biblijoteki (około 400 tomów, wartości około 3.000 złr.) wzywa wszystkich PP. Lekarzy, którzy kiedykolwiek książki z Biblijoteki wypożyczyli a dotąd ich nie zwrócili, aby zechcieli takowe w przeciągu 2 miesięcy Biblijotece zwrócić, lub odpowiednie kwoty za nie nadesłać; w przeciwnym bowiem razie Zarząd będzie się widział z przykrością zmuszonym podać nazwiska wszystkich tych Panów, którzy nie umieją uszanować dobra publicznego, do wiadomości w dziennikach politycznych, a ostatecznie udać się na drogę sądową.

Z Zarządu Biblijoteki

K. Jurkiewicz. *J. Kozubski.*

Nakładem Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie wyszło i jest do nabycia we wszystkich księgarniach dzieło p. t.

SYFILIDOLOGIJA

napisana przez **Dr. Ż. Krówczyńskiego**
w 8 str. XII i 448.
Cena 5 złr.

Skład główny w księgarni S. A. Krzyżanowskiego w Krakowie.
Członkowie i prenumeratorowie Wydawnictwa dzieł lek. polsk. w Krakowie otrzymują to dzieło b e z p ł a t n i e jako premijum za r. 1881 i 1882.

OBWIESZCZENIE.

W Zakliczynie nad Dunajcem jest posada lekarza z roczném wynagrodzeniem w kwocie 250 złr. i wolném pomieszkaniem każdéj chwili do obsadzenia.

W odległości Zakliczyna do N. Sącza 36 kilom., do Tarnowa, 27 kilom., do Brzeska 30 kilom.. i do Ciężkowic 19 kilom., nie ma Dra medycyny, a lekarz w Zakliczynie osiadły wykonywałby także praktykę w miasteczku Czechowie o 10 kilom. odległém.

Do posady lekarza w Zakliczynie są także pośmiertne oględziny 12 gmin, rewizyja bydła na rzeź i podczas jarmarków co 3 tygodnie się odbywających za osobném wynagrodzeniem przywiązane.

Zwierzchność gminna.

Zakliczyn dnia 25 Stycznia 1883. Burmistrz
Wincenty Stay.

WYDAWNICTWO GAZETY LEKARSKIÉJ.

Znajduje się w druku i wyjdzie w końcu Czerwca 1883 r. nakładem Gazety Lekarskiéj

FARMAKOLOGIJA

Profesorów Nothnagela i Rossbacha.

Przekład z niemieckiego.

Cena dzieła wynosić będzie w Warszawie rsr. 6, z przesyłką rsr. 6 kop. 50.

Prenumeratę wnosić można do Wydawcy Gazety Lekarskiéj ul. Marszałkowska Nr. 49.

Rok 1883.

GAZETA LEKARSKA

Pismo tygodniowe, wychodzące w Warszawie,

a poświęcone wszystkim gałęziom umiejętności lekarskich, wychodzić będzie w r. 1883, a ośmnastym od czasu założenia Gazety, na tych samych warunkach co i w roku poprzedzającym.

Z początkiem r. 1881 Gazeta Lekarska przeszła na własność grona lekarzy, którzy wspólnie pracują nad podniesieniem poziomu pisma. Od tegoż to czasu znacznie rozszerzono objętość Gazety (każdy numer zawiera $1\frac{1}{2}$ a czasami 2 arkusze druku) przez co daleko szersze miejsce pracom oryginalnym polskim; prócz tego w dziale streszczeń pomieszczane są obszerniejsze sprawozdania z ważniejszych rozpraw zagranicznych.

Cena Gazety Lekarskiéj wynosi rocznie w Warszawie rs. 5, na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą rs. 6. Półrocznie w Warszawie rs. 2, kop. 50, na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą rs. 3.

Prenumeratę najlepiéj nadsyłać wprost do Wydawcy.

Redaktor odpowiedzialny
Dr. Gajkiewicz Władysław
Warszawa. Marszałkowska Nr. 45.

Wydawca
Dr. Kondratowicz Stanisław
Warszawa. Marszałkowska Nr. 49

RUDOLF THÜRRIEGL

Fabrykant chirurgicznych narzędzi

WIEDEŃ

Alservorstadt. Schwarzspanierstrasse Nr. 5.

poleca się ze wszystkiemi tego rodzaju należącemi artykułami wedle **najnowszéj** konstrukcyi.

Dokładne cenniki przesyła na żądanie **darmo.**

Dr. Michał Kaufmann były lekarz kąpielowy w Jaworzu ma zaszczyt zawiadomić Szan. Kolegów, że z rozpoczęciem bieżącego sezonu ordynować będzie jako lekarz zdrojowy w Maryjenbadzie.
(Ulica N e h r a Villa *Mozart*).

KAPSUŁKI MATICO

Grimaultą aptekarza w Paryżu.

Kapsułki te o osnówce skrobiowéj zawierają olejek eteryczny z Matico wraz z balsamem kopajowym stężonym za pomocą palonéj magnezyi.

Olejek Matico, oprócz swéj właściwéj działalności, posiada własność dokładnego oczyszczania balsamu kopajowego, przez co żołądek łatwo go znosi. **Kapsułki Matico** Grimaulta rozpuszczają się, dzięki ich osnówce, nie w żołądku, jak kapsułki klejkowe, ale przy wejściu do trzew, w skutek czego działają szybko i wprost na narzędzia rodne i moczowe.

Posiadają one dzielność niewyrównaną w leczeniu rzeżączki, zapalenia szyi *(Cystite du col)* i przewlekłych słabości pęcherza.

Dawka 8—12 kapsułek przez dzień, zażytych dwie godziny przed lub po jedzeniu

Składy: 8 Rue Vivienne w Paryżu; w aptece Wiszniewskiego w Krakowie; we Lwowie w aptece Piotra Mikolasza; w Warszawie u Spiessa i Synów, u Gallego i Mrozowskiego.

Syrop podfosforanu wapna

Grimaulta i Spółki Aptekarzy w Paryżu.

Najdoświadczeńsi lekarze i pisma lekarskie potwierdzają jednogłośnie znakomite skutki, jakie daje **Syrop**, w leczeniu słabości piersiowych, oskrzeli lub płuc, jak w katarach, suchotach. w duszności i w uporczywym kaszlu. Przez nieprzerwane użycie **Syropu podfosforanu wapna Grimaulta i Spółki**, kaszel uspokaja się, poty nocne znikają, trawienie u chorych polepsza się szybko, co potwierdza się wkrótce zwiększeniem wagi i polepszeniem wyglądu chorego.

Syrop ten zawiera w jednéj łyżce stołowéj 10 centigramów czystego podfosforanu wapna i zadaje się w ilości 1—2 łyżek rano i wieczór. Czystość p o d f o s f o r a n u w a p n a. będąc głównym warunkiem powodzenia, syrop przyrządzony przez Grimaulta i Spółkę jest zabarwiony słabo różowo, dla odróżnienia naśladowań.

Składy: 8 Rue Vivienne w Paryżu; w aptece Wiszniewskiego w Krakowie; we Lwowie w aptece Mikolasza; w Warszawie u Spiessa i Synów, u Gallego i Mrozowskiego.

FOSFORAN ŻELAZA

LERASA DOKTORA

Aptekarza w Paryżu.

Lek ten w płynie bez smaku, podobnym do wody mineralnéj, zawiera właściwe składniki kości i krwi. Jestto najodpowiedniejszy z leków żelazo zawierających, to też wybór lekarzy całego świata przepisuje lek ten. Jest on pożądanym lekiem dla dziewcząt delikatnych, u których rozwinięcie jest opóźnione, dla kobiet, które cierpią nieznośne bóle żołądka, wywołane przez błednicę, niedokrewność *(anemie)*, miesiączkę lub przez białe upławy; dla dzieci bladego i delikatnego usposobienia, w ogóle dla wszystkich osób, u których ubytek krwi powodowany był słabościami. Dzielność, szybkość działania, dokładne wyleczenie, bez obstrukcyj i atakowania zębów, oto są powody, dla których Panowie Lekarze widzą się zmuszeni przepisywać ten środek leczniczy swym chorym.

Składy: Grimault i Spółka 8 Rue Vivienne w Paryżu: w aptece Wiszniewskiego w Krakowie; we Lwowie w aptece Piotra Mikolasza; w Warszawie u Spiessa i Synów, u Gallego i Mrozowskiego.



LIMOUSIN

Aptekarz w Paryżu
2 bis *Rue Blanche.*

WYSTAWA POWSZECHNA 1878.

Członek Komisyi znawców *(Hors Concours).*
Kawaler legii honorowéj, wynalazca opłatków leczniczych.

CHLORAL PERŁOWY LIMOUSIN

nie sprawia ściągania w gardle i nie posiada nieznośnego smaku, rozczynowi właściwego. Flakonik z 40 perełkami po 0,25 kosztuje 3 franki.

N. B. Sprzedaje się produkt ten zawsze we flakonikach i dzielony jest po 0.25 gr.

SYROP z CHLORALU LIMOUSIN

(Łyżka tego zawiera 1 gram wodnika chloralu) 3 franki flaszka. Składy we wszystkich znaczniejszych aptekach we Francyi i za granicą.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1⅓ „	4 „	6 „

Kraków, 10 lutego 1883. № 6 Rok XXII.

I. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od r. 1879 do 1882.

Podał Dr. Emanuel Rosenblatt.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 5).

b) W ospie.

1. Maryjanna Kochutówna, dziewczyna 4-letnia, dość dobrze odżywiona, nieszczepiona, przyjęta do szpitala dnia 1 września 1879 z zimnicą. Podczas pobytu w szpitalu uważano kilka napadów zimnicy z typem nieregularnym, która po zażywaniu chininu ustąpiła. Dnia 15/9 chora gorączkuje, c. r. 39·8°C., wymioty treścią zielonawą z przymieszką krwi. Nieprzytomność, zwidywania, zrywania ze snu, c. w. 40·9°; 16/9 c. r. 40·0°, na twarzy kilka drobniutkich lecz twardych pod palcem wyczuwalnych guzków. Trzewa prawidłowe. Ponieważ równocześnie w mieście i w samym szpitalu panowała ospa nagminnie, nie ulegało rozpoznanie ospy w przypadku niniejszym żadnéj wątpliwości. W ciągu dnia jakoteż i dnia następnego 17/9 wysypka stała się liczniejszą, na guzkach można już było spostrzedz, zwłaszcza za pomocą lupy, charakterystyczne zagłębienie środkowe (*delle*). Ciepłota utrzymywała się stale powyżéj 40°C.; 18/9 wysypka na całém ciele, zwłaszcza na odnogach, ciepłota jednak nie obniża się, rano 40·2°, wieczorem 40·6°; 19/9 nad ranem silne drgawki mięśni twarzy i odnóg górnych. Tężec mięśni karkowych, zgrzytanie zębami, c. r. 40·5°C. O godzinie 1éj popołudniu po powtórnych drgawkach półgodzinnych śmierć. Sekcyja 20/9: *Variola in stadio eruptionis discreta, haemorrhagiae subcutaneae, subperi- et subendocardiales, degeneratio renum et hepatis parenchymatosa acuta. Hyperplasia gland. mesenraic. Tumor lienis.*

2. Eustachija Otschikówna, dziewczyna 1½-roczna, dość dobrze odżywiona, nieszczepiona, przyjęta 18 września 1879 z nieżytem oskrzeli i jelit. Oznaki krzywicy na klatce piersiowéj, wygięcie krzywicze stosu pacierzowego, znaczne napięcie brzucha, przerost śledziony, pierwszy okres ząbkowania. 21/9 napad zimniczy, rozwolnienie się utrzymuje. 15/10 brak apetytu, zaczerwienienie jednostajne skóry ustępujące za uciskiem palca, c. w. 40·0°C., drgawki ogólne dość silne, kilkakrotne, dłuższemi przestankami oddzielone, poprzedzone dreszczykami i wzdryganiem się. 16/10 c. r. 38·7°C., drobne guzki cechujące ospę, nielicznie na twarzy i karku rozsiane, c. w. 39·5°C; 17/10 wysypka dość liczna. W dalszym ciągu przebieg był łagodny; 27/10 rozpoczął się okres przysychania; 1/11 przestała gorączkować. Zapalenie ucha zewnętrznego lewego, 25/1 1880 opuściła zakład wyleczona.

3. Karolina Świerczewska, dziewczyna 4½-letnia, dobrze odżywiona, nieszczepiona, przyjęta dnia 2 marca 1880 w okresie wysypywania ospy. Wysypka ospowa obfita na skórze całego ciała, gdzieniegdzie wybroczyny barwy ciemnowiśniowéj wielkości główki od szpilki. Obrzęk śledziony. Chora nieprzytomna przy ciepłocie wieczornéj tylko 37·1°C. Dnia 3go i 4go marca stan jednakowy. Wysypywanie ukończone, ciepłota ranna 37·9° i 38·7°C., wieczorna 38·3° i 38·9°C., 5go dopiero chora oprzytomniała, c. r. 38·7°, rozpoczął się okres dojrzewania, pęcherzyki się zlewają, ciepłota się wzmaga; 8go c. r. 40·1°C., zgrzytanie zębami, niepokój, wieczorem lekkie drgawki, wśród których o godzinie 6éj nastąpiła śmierć. Sekcyja 9 marca 1880: *Variola vera in stadio floritionis partim haemorrhagica. Oedema pulmonum acutum. Infiltratio hepatis adiposa. Tumor lienis chronicus.*

4. Franciszek Rossmanith, chłopiec 6-letni, miernie odżywiony, nieszczepiony, przyjęty 11go listopada 1880 w okresie wysypywania ospy. W dniu przyjęcia zauważono drgawki rozpoczynające się najpierw od lewéj połowy twarzy a obejmujące późniéj i odnogi górne, trwające około pół godziny. Ciepłota wieczorna 38·9°C. Postać ospy umiarkowana, przebieg łagodny, 24go przestaje gorączkować; jako komplikacyja ropień poniżéj oczodołu prawego. 4go grudnia dreszcze, wymioty, ból brzucha. Nieznaczny obrzęk powiek

ciepłota 38·2°C. Moczu ilość skąpa, rozbiór wykazał obecność znacznéj ilości białka, w osadzie liczne ciałka krwi i wałeczki Belliniego. ogo obrzęk surowiczy skóry wybitniejszy, c. 38·2°C., w dniach następnych stan jednakowy, 10go grudnia objawy zapalenia krtani dławcowego, które ustawicznie się wzmagają, wśród duszności, niepokoju i sinicy; 12/12 śmierć o godzinie 6éj wieczór. Wyniszczenie poospowe, obecność zapalenia nerek i znaczny obrzęk surowiczy skóry, każące z góry rokować niekorzystnie, wstrzymały od wykonania tracheotomii. Sekcyja wykonana 14/12 wykazała: *Variola in stadio decrustationis partim cicatrisationis. Nephritis parenchymatosa acuta sbs. hydrope universali et pneumonia lobulari sinistra. Hydrothorax, compressio pulmonis sinistri. Tracheitis membranacea.*

5. Maryjanna Lerchówna, dziewczyna 3-miesięczna, przyjęta do szpitala 16 października 1880 z ostrym nieżytem jelit od kilku dni trwającym. *Status praesens*: Dziecko odpowiednio do wieku dość dobrze rozwinięte i odżywione. Kościec prawidłowy. Obwód czaszki wynosi 36½cm., wymiar prosty od środka gładyszki do guza potylicznego 12½cm., poprzeczny od środka kości skroniowéj jednéj do drugiéj 10½cm. Obwód klatki piersiowéj w ustawieniu wdechowém 36cm., przy długości ciała 56cm. Skóra prawidłowo zabarwiona, nieco sucha, z wyjątkiem okolicy około odbytu, która jest zaczerwieniona. Na pośladkach i wewnętrznéj stronie ud skóra wiotka i pofałdowana w skutek zaniku tkanki podskórnéj. Gruczoły karkowe i pachwinowe nieprzerosłe. Narządy klatki piersiowéj prawidłowe. Brzuch wysklepiony niebolesny za dotykiem. Brzeg wątroby sięga nieco poniżéj łuku żebrowego i jest macalny, śledziona niepowiększona, niemacalna. Dziecko nieszczepione. Od dnia przyjęcia aż do 24go października, podczas którego czasu dziecko było żywione mięszaniną 2ch części mleka i jednéj kleiku jęczmiennego z dodatkiem małéj ilości węglanu potasowego, miało codziennie średnio po 5 wypróżnień kałowych, wolnych, barwy żółtéj, bez bólu lub parcia. Apetyt był dobry, wejrzenie swobodne, wymiotów nie spostrzeżono. Ciepłota prawidłowa. 24/10 wynosiła ciepłota wieczorna 40·0°C.; ani na skórze, ani na błonie śluzowéj podniebienia i przełyku zmian nie ma, oddech spokojny, nieprzyspieszony, kaszlu nia ma. Wypuk i wysłuch obydwu płuc daje rezultat ujemny. Tony serca bardzo przyspieszone, czyste, tętno 128, brzuch mniéj napięty, śledziona niemacalna. 25/10 ciepłota ranna 40·1°C. Stan ogólny ten sam jak poprzednio, tylko dołącza się śpiączka. Do wieczora wynosiła liczba stolców 9. Wieczorem ciepłota 40·5°C., ani na skórze ani w narządach wewnętrznych zmian nie ma. O godzinie 8éj rozpoczęły się silne drgawki przerywane, obejmujące przeważnie odnogi górne, trwające aż do północy i wśród których śmierć nastąpiła.

Ponieważ badanie klatki piersiowéj, brak kaszlu i oddech spokojny z akcentem na wdechu, pozwalały wykluczyć zapalenie płuc, a gorączka ciągła i brak powiększenia śledziony napad zimniczy; ponieważ daléj brak jakichkolwiek zboczeń na błonach śluzowych spojówek, podniebienia, języka i przełyku pozwalał z prawdopodobieństwem wykluczyć odrę i płonicę, przeciw którym to chorobom także i wiek dziecka przemawiał, ponieważ następnie brak wymiotów i zaparcia żywota, a tém bardziéj jeszcze istniejące rozwolnienie i brak wszelkich innych przypadów mózgowych, jak np. wykrzykiwania, drażliwości nerwów naczynioruchowych, nieregularności tętna i oddechu a w szczególności zaś brak przypadów podstawowych pozwalał wykluczyć zajęcie ośrodków mózgordzeniowych a mianowicie zapalenie opon, ponieważ wreszcie dla wieku dziecka i braku panowania nagminnego o durze osutkowym nie trzeba było myśleć, poczytano drgawki te za drgawki krwiotwórcze, wywołane czy to nagłém przekrwieniem mózgu w skutek wysokiéj ciepłoty, czy téż zmianą jakości krwi a za powód takowéj przypuszczono ospę z wielkiém prawdopodobieństwem, za czém przemawiała: 1) tak wysoka ciepłota stała, 2) okoliczność, iż dziecko nie było szczepioném, 3) epidemija ospowa w mieście i szpitalu, a wreszcie 4) że w sali, na któréj dziecię się znajdowało, już dni kilka przedtém dwoje dzieci na ospę zapadło. Dziecię zmarło, ponieważ gorączki i zmiany jakości krwi zwalczyć nie zdołało, zatém z infekcyi, w okresie zwiastunów, nim jeszcze wysypka wystąpić i rozwinąć się mogła, jak to już spostrzegano kilka podobnych przypadków. Rozpoznanie kliniczne brzmiało zatém: *Enterocatarrhus acutus adveniente eclampsia haematogene probabiliter in stadio prodromorum variolae.* Sekcyja wykonana 26 października wykazała: *Hyperaemia cerebri, catarrhus intestini tenuis acutus.* Drobnowidowo skóry nie zbadano.

6. Antoni Kowalski, chłopiec 4-letni, miernie odżywiony, nieszczepiony, przyjęty do szpitala 30 grudnia 1880 z nieżytem jelit. Średnio po 5 wypróżnień dziennie połączonych w pierwszych dniach z parciem. 13 stycznia 1881 wystąpiła gorączka, ciepłota wieczorna 40·0°C., 14go c. r. 38·0°C. Objawy nieżytu oskrzeli; 15go c. r. 39·7°C. Z tyłu po stronie prawéj odgłos wypukowy krótszy, oddech nieoznaczony, ograniczone zapalenie płuca, które przebiegało łagodnie. 23go zapalenie nieżytowe krtani; 24go nowe wzniesienie się ciepłoty, c. r. 39·0°C.; odgłos wypukowy bębenkowy nad płucem lewém, przy wdechu drobne trzeszczenia. 27go c. r. 40·3°C, drgawki półtoragodzinne mięśni twarzy, następnie odnóg, c. w. 40·6°C, na skórze kilka drobnych guzków czerwonych twardych; 28go c. r. 39·8C°. w nocy dwa razy drgawki, guzków kilka przybyło, niektóre okazują zagłębienie środkowe; 29go wśród zajęcia senzoryjum i duszności śmierć około południa. Sekcyja wykonana 31 stycznia: *Variola in stadio eruptionis. Bronchitis. Pneumonia lobularis bilateralis.*

7. Katarzyna Sadkówna, dziewczyna 7-letnia, miernie odżywiona, nieszczepiona, przyjęta dnia 8 lutego 1881 w stanie konającym. Kilka guzków cechujących ospę na twarzy i odnogach górnych. Nieprzytomna, c. r. 41·0°C., silne drgawki ogólne trzy godziny prawie bez przerwy trwające, wśród których o godzinie 6 nastąpiła śmierć. Sekcyja wykonana 10 lutego: *Variola in stadio eruptionis, oedema acutum pulmonis utr. Degeneratio cordis et renum adiposa, Tumor lienis acutus insignis.*

8. Konrad Guttman, chłopiec 6-tygodniowy, miernie odżywiony, nieszczepiony, przyjęty 2 kwietnia 1881, z sapką, nieżytem jelit i ospą w stanie rozpoczynającego się kwitnienia. Pęcherzyków ospowych już rozwiniętych ilość niewielka. Przebieg zwyczajny, ciepłota przeciętnie około 38° do 38·5°C.; 8go kwietnia wśród ogólnych drgawek klonicznych, półgodziny trwających śmierć. Sekcyja wykonana 9 kwietnia: *Variola discreta in stadio decrustationis, Bronchitis et atelectasis pulmonum.*

Na wstępie nadmienić muszę, iż w latach 1879, 1880 i 1881 uważaliśmy w szpitalu naszym 179 przypadków ospy. Epidemija, która rozpoczęła się w sierpniu 1879 i srożyła się najbardziéj w roku 1879 i na początku r. 1880, ukończyła się dopiero na początku roku 1882, co jednak

nie przeszkadza, iż sporadyczne przypadki zgłaszają się do zakładu prawie co miesiąc. Z pomiędzy tych 197 przypadków przybyło 135 z miasta, 62 zaś dzieci zapadło na ospę w szpitalu; dopiero wystawienie nowego, odosobnionego pawilonu dla chorób zakaźnych położyło stanowczo kres dalszemu rozszerzaniu się ospy w zakładzie. Jeżeli zatém niektórzy nowsi pedyjatrzy niemieccy utrzymują, iż w ciągu długoletniéj praktyki nie zdarzyło im się prawie nigdy spotkać się z ospą prawdziwą u dzieci, a z ospą umiarkowaną (*Variolois*) tylko rzadko, tak, że Baginsky w świeżo wydanym podręczniku chorób dziecięcych, ospy prawdziwéj wcale uwzględnić nie czuje się zobowiązany, to my im tylko świetnych ich stosunków zdrowotnych pozazdrościć możemy.

Co się tyczy drgawek, to wystąpiły one na 197 przypadków ospy tylko 8 razy, a mianowicie dwa razy w okresie zwiastunów, w przypadku 2gim i 5tym, cztery razy w okresie wysypywania, w przypadkach 1ym, 4ym, 6ym i 7ym, raz w okresie kwitnienia, w przypadku 3cim, i raz w okresie zesychania, w przypadku 8ym. Czy drgawki poprzedzone były pewnemi zwiastunami, czy nie, trudno orzec, gdyż takowe, np. wzdryganie się, zgrzytanie zębami, niespokój, sen z półprzywartemi powiekami zarówno odnieść można do choroby głównéj, t. j. ospy, jak téż do napadu drgawkowego. Z wyjątkiem przypadku 1go, gdzie obok drgawek ogólnych wystąpił skurcz toniczny mięśni karkowych (*opisthotonus*) mieliśmy we wszystkich przypadkach do czynienia z drgawkami czysto przerywanemi, przeważnie ogólnemi, występującemi najwybitniéj na odnogach górnych i twarzy. Natężenie takowych było znaczne, poprzestawały zarówno na jednym ataku, jak i na więcéj, jednak tylko w przypadku 6ym powtórzyły się w dobie następnéj; czas trwania wynosił od pół godziny do godzin 4ch (przyp. 5ty). Przytomność zupełnie była zniesiona, mogło to jednak pochodzić od wysokiego nasilenia gorączki, 40 do 40·6°C.; tylko w przypadku 3cim zauważyliśmy zupełną bezprzytomność przy ciepłocie 37·1°, którą to okoliczność wytłumaczyć by można przebytym napadem drgawek przed przyniesieniem dziecka do szpitala, brak atoli wszelkich wywiadów przypuszczenia tego ani nie popiera, ani mu się nie sprzeciwia. Zboczeń w sferze czuciowéj prócz znanéj powszechnie nieczulności podczas napadu nie zauważyliśmy. Co się tyczy przyczyny drgawek, to były one bezsprzecznie wywołane zmianami w krążeniu; i to albo zmianami w systemie naczyniowym w mózgu na podstawie wysokiego stopnia gorączki albo co prawdopodobniéj, zmianami w krwi saméj i zadrażnieniu bezpośredniém ośrodków ruchowych (centrów Fritscha i Hitziga w okolicy Rolanda) przez krew jakościowo zmienioną. Czy zmiana ta polega na nieznanych nam dotychczas warunkach chemicznych, czy téż stoi w związku przyczynowym z tworami przez Halliera, Cohna i Weigerta we krwi ospowéj znalezionemi, przyszłość dopiero okaże. Jedynie w przypadku 5tym zachodzić by mogła wątpliwość, czy drgawki nie polegały czasem na zazdrażnieniu nerwów obwodowych w jelicie, były zatém odruchowe. Za tém zdawałoby się przemawiać: *a*) zaostrzenie sprawy chorobowéj przed wystąpieniem drgawek, *b*) okoliczność, iż właściwie prócz nieżytu jelit ani za życia dziecka ani też przy sekcyi żadnéj innéj choroby nie stwierdzono, a rozpoznanie ospy w przypadku rzeczonym polegało tylko na samych przypuszczeniach. Tymczasem wiadomém jest: 1) że właśnie u osesków występuje nierzadko silne rozwolnienie w okresie zwiastunów, 2) że nieżyt jelit przebiegający z tak wysoką gorączką stale się utrzymującą należy do największych rzadkości, 3) że drgawki, występujące w nieżycie jelit na drodze odruchu najlepiéj właśnie pozwalają rokować, które to względy, o ile mnie się zdaje, wątpliwość co do jakości drgawek zupełnie usuwają.

Co się tyczy rokowania, to zawisło ono w pierwszéj linii od tego, czy drgawki wystąpiły w okresie wczesnym, t. j. zwiastunów lub wysypywania ospy, czy téż w późniejszym, ropienia i przysychania. W pierwszym przypadku rozróżnić musimy rokowanie co do drgawek samych, o ile dla życia są niebezpieczne lub nie, od rokowania pod względem postaci i przebiegu choroby głównéj, t. j. ospy. Z przypadków naszych (2 i 5) cechujących się wystąpieniem drgawek w okresie zwiastunów jeden zakończył się pomyślnie, drugi zaś niepomyślnie, w pierwszym postać ospy była łagodna, przebieg prawidłowy, w drugim śmierć nastąpiła, nim jeszcze jakość wysypki można było ocenić; do zejścia śmiertelnego nie mało wiek młody się przyczynił. Z przypadków cechujących się wystąpieniem drgawek w okresie wysypywania ospy (1, 4, 6, 7) zmarły na wstępie trzy, czwarty dopiero po przebiegu ospy początkowo łagodnym o postaci umiarkowanéj (*Variola discreta*) w skutek chorób następowych. Obadwa wreszcie przypadki, w których drgawki wystąpiły w okresie późniejszym, zakończyły się śmiercią; w jednym (przypadek 3ci) postać ospy była ciężką, krwotokową (*Variola haemorrhagica*), w drugim (przyp. 8) łagodną, rozsianą. Drgawki w ospie dają zatém rokowanie niepewne, jeżeli występują w okresie wstępnym, a niepomyślne w okresie późniejszym.

Co się nakoniec tyczy indywidualności dzieci, które na ospę zapadły, to połowa ich była źle odżywiona, jedno zaś okazywało zboczenia w odżywieniu krzywicze; szczepioném nie było żadne.

Sekcyja wykonana we wszystkich 7miu przypadkach, zakończonych śmiercią, nie wykazała żadnych prawie, (bo tylko w przypadku 5tym mierne przekrwienie mózgowia) makroskopowych zmian w narządzie mózgo-rdzeniowym, badanie drobnowidowe kory mózgowéj celem stwierdzenia zmian przez Popowa w chorobach zakaźnych znalezionych, miejsca nie miało. (C. d. n.)

II. Oceny i sprawozdania.

Prof. L. Brieger i prof. P. Ehrlich: **Złośliwy obrzęk, występujący w przebiegu duru brzusznego.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 5).

Drugi przypadek, obserwowany z powyższym równocześnie, wykazywał w swoim przebiegu te same powikłania. I tutaj mamy do czynienia z osobą młodą, silną, 32-letnią, chorą na dur brzuszny. I tutaj ciepłota nigdy nie dosięgała granic zastraszających, a przecież reszta objawów chorobowych znamionowała przebieg groźny. I tutaj upadek sił, często się powtarzający, skłonił do zastrzyknięcia piżma, po którém rozwinął się stan chorobowy, jak u pierwszéj pacyjentki. Zastrzyknięto 15 marca w okolicy lewego uda pełną strzykawkę Pravaza nalewki piżmowéj. 17/3 rano całe udo było silnie obrzmiałém, w miejscu zastrzyknięcia wystąpiła plama ciemno-czerwona, która przeszła w plamę czarną skutkiem obumarcia tkanek wielkości sztuki 10-fenigowéj. Plama ta już w dniu następnym zmieniła się w pęcherz napełniony cieczą krwawą. Najbliższe otoczenie tego pęcherza

było ciemno-niebiesko ubarwionem, a koło tego części miękkie były na znaczniejszéj przestrzeni zaczerwienionemi. 19/3 pęcherz pękł i odsłonił skórę nekrotyczną. Obrzmienie tym czasem zajęło całe udo i podudzie i rozciągało się aż do pępka. Z wystąpieniem obrzmienia dn. 17/3 powróciła przytomność a stan choréj był znośnym. To nowe powikłanie i w tym przypadku nie pociągnęło za sobą ani podniesienia ciepłoty, ani jakiegokolwiek zboczenia od zwykłego przebiegu duru brzusznego. 19/3 wieczór chora nagle umarła. Sekcyja wykazała zmiany jak w pierwszym przypadku.

Zdaniem autorów w obec powyższych przypadków mamy więc do czynienia z jakąś nową chorobą zakaźną, wikłającą przebieg duru. Powodem tego powikłania w obu przypadkach było zakłucie igłą Pravaza, która zapewne była pośredniczką zakażenia. Co do saméj istoty tego zakażenia, to obaj autorowie jeszcze za życia obydwóch pacyjentek byli przekonani, że tutaj rodzaj grzybka, znany już powszechnie, był sprawcą choroby nowéj, jeszcze nieznanéj. Grzybek ten, jak Koch wykazał, bardzo wielu badaczy już widziało. Koch jednak pierwszy dopiero opisał tak dokładnie postać i zachowanie się tego grzybka, że autorom już go łatwo było rozpoznać. Był to *Bacillus oedematis maligni*, jak go Koch nazwał. Autorowie wydobywali z nacieklej tkanki podskórnéj dobrze odwietrzoną strzykawką Pravaza ciecz surowiczą i szukali w sposób zwykły prątków. We wszystkich preparatach łatwo było można spostrzedz prątki opisane przez Kocha, na obu końcach nieco zaokrąglone (*Vibrions septics*). Prątki te łatwo się dały zabarwić barwikami anilinowemi, przyczém dość często przybierały wejrzenie jakby ziarniste. Nie ulegało zatém żadnéj wątpliwości, że miano tutaj do czynienia z chorobą nazwaną przez Kocha *Oedema malignum* a bardzo dokładnie opisaną przez Gaffleego w *Mittheilungen des kaiserlichen Reichs-Gesundheitsamtes*. (Berlin, 1882). Chorobę tę łatwo można wywołać u królików i świnek morskich, jeżeli się grzybki te zaszczepi pod skórę brzucha. Wówczas wkrótce tworzy się w tkance podskórnéj rozległa opuchlina, w któréj skutkiem nagromadzonych baniek gazowych wyraźnie daje się słyszeć trzeszczenie, a zwierzęta giną po 24—48 godzinach. Ciecz z miejsc obrzmiałych zawiera całemi masami wyż opisane prątki. Prątki te przeszczepione śród zachowania wszystkich ostrożności innym królikom i świnkom morskim wywoływały znów tę samą śmiertelną chorobę.

Wszystko to, zdaniem autorów, jest niezbitym dowodem, że u obu pacyjentek powikłanie duru brzusznego stanowił złośliwy obrzęk, wywołany wyżéj opisanemi prątkami. Po śmierci znajdowano grzybki i w wielu innych narządach, lecz autorowie nie przywięzują do tego wagi, bo wiadomo, że grzybki te po śmierci nader szybko się rozwijają. W krwi jednak wcale nie znaleziono tych prątków.

Nie ulega wątpliwości, że w obydwóch powyżéj opisanych przypadkach prątki, wywołujące chorobę wzmiankowaną, zostały wprowadzone od zewnątrz, czyli że choroba ta została zaszczepioną. Zdaniem autorów jednak może ta choroba powstawać i samoistnie w obec sprzyjających okoliczności. Mianowicie widzieli oni w jednym przypadku dyfteryi wystąpienie złośliwego obrzęku na piersiach, a skutkiem tego śmierć w ciągu 24 godzin.

Główną charakterystyką téj choroby nowéj jest, że proces chorobowy nie szerzy się drogą naczyń krwionośnych, lecz, że się posuwa szybko w pulchnéj tkaninie podskórnéj. Choroba więc cała zachowuje raczéj charakter choroby miejscowéj, a śmierć jest tylko następstwem okoliczności, że w obec dążności stałéj, niczém niewstrzymanéj, szerzenia się procesu chorobowego coraz daléj a daléj, znaczna przestrzeń ustroju ulega złośliwemu obrzękowi. Z tém pojęciem zgadzają się całkowicie spostrzeżenia kliniczne. W tym względzie uderza szczególniéj zachowanie się śledziony, która skutkiem złośliwego obrzęku wcale się nie powiększyła, zupełny brak wpływu na ciepłotę, i zupełny brak białka w moczu. Brak białka w tym ostatnim dowodzi, zdaniem autorów, że prątki złośliwego obrzęku nie tak łatwo się dostają do krwi i z nią do nerek, że one się tylko więcéj miejscowo szerzą.

W każdym razie nie można uważać obrazu chorobowego powyżéj w dwóch przypadkach opisanego, za wzór, za schemat, w jakim zawsze ta choroba przebiega. Wielki wpływ na przebieg całéj choroby musi wywierać miejsce usadowienia się pierwotnie złośliwego obrzęku. Od tego będzie przedewszystkiém zależeć szybsza lub powolniejsza śmierć. Jeżeli choroba usadowi się w tkance podskórnéj, która okrywa narządy mniéj ważne, to całość jéj początkowo nie będzie się wydawać groźną, dopóki obrzęk złośliwy nie rozszerzy się na tkankę łączną, pokrywającą organa szlachetniejsze. Rozwinięcie się więc obrzęku na nodze będzie w innych warunkach, pośród innych objawów przebiegać, aniżeli wystąpienie téj saméj choroby na szyi, zkąd szybko może przejść na tkankę łączną śródpiersia.

Skoro tylko obrzęk złośliwy wystąpił w sposób tak identyczny u obu pacyjentek, pierwszą myślą autorów było, że w zakażeniu pośredniczyła strzykawka Pravaza. Jednakowoż tą samą strzykawką równocześnie robiono i innym chorym zastrzykiwania, a u żadnego podobna choroba się nie rozwinęła. Prawdopodobniejszém więc wydaje się autorom, że pośrednikiem tutaj była nalewka piżmowa. Niestety nie mogli jéj autorowie badać, bo przez nieostrożność resztę pozostałą we flaszce posługaczka wylała. Zresztą sądzą autorowie, że tutaj głównie do powstania obrzęku złośliwego uspasabiał dur brzuszny. Również zdaje się uspasabiać do téj choroby prócz duru brzusznego także dyfteryja.

W końcu powiadają autorowie, że główna waga tych dwóch przypadków polega na stosunkach zasadniczych. Powszechne doświadczenie wykazało, że wrzody osób zmarłych z chorób zakaźnych, są siedliskiem najróżnorodniejszych postaci grzybkowych, niemających żadnéj styczności z chorobą pierwotną. Tak np. w tyfusie napotyka się tyle różnych grzybków i prątków, wcale nieodpowiadających grzybkom tyfusowym; Weigert wykazał, że w ospie znajdują się całe kolonije prątków do tego stopnia, że je początkowo poczytano za grzybki swoiste ospy. Podobnie w wągliku wykazał Koch, a niedawno także Buchner, że prócz charakterystycznych swoistych prątków wąglika, napotyka się we krwi i w narządach wiele innych, różnych postaci grzybkowych (*Coccen und Stäbchen*). Wszystkie te przypadki świadczą, że istnieje pewnego rodzaju zakażenie mięszane (*Mischinfection*), powstające tym sposobem, że dur, ospa, wąglik itd. umożliwiają bujanie i rozmnażanie się najróżnorodniejszych prątków w ustroju, które w innych warunkach w ustroju zdrowym nie znalazłyby dla siebie odpowiedniego, żyznego gruntu.

Takie tłumaczenie rzeczy rzuca może pewne światło na ciekawe pod względem patologicznym występowanie chorób zakaźnych następowych, wikłających pierwotne choroby zakaźne, jak to ma miejsce u chorych i ozdrowieńców po

tyfusie, płonicy, dyfteryi, dysenteryi, gośćcu stawowym itd. Jeżeli np. rak wodny szczególniéj często występuje u ozdrowieńców po odrze, lub nawet po tyfusie i zapaleniu płuc, jeżeli sprawy dyfterytyczne po cholerze, gruźlicy, odrze z taką łatwością napadają organizm, jeżeli się tak często spotykamy z zapaleniem ropném stawów po tyfusie, płonicy, w posocznicy, to według zapatrywania powyżej wypowiedzianego, rzecz ta się tém tłumaczy, że wszystkie te choroby następowe polegają na wtargnięciu do ustroju swoistych grzybków, które znalazłszy grunt dla siebie odpowiednio przygotowany przez pierwotną chorobę, łatwo bardzo i szybko się w nim rozwijają. Pierwotne te choroby przysposabiają organizm tutaj niejako w ten sposób, jak np. usposabia cukrzyca do rozwinięcia się gruźlicy. (*Berliner klin. Wochenschrift*, Nr. 44, 1882).

(Niejednokrotnie przy badaniu chemicznem i mikroskopijném moczu zwracało moją uwagę nader liczne pojawianie się różnych postaci prątków w moczach pochodzących od chorych z chorobami zakaźnemi. W żadnych innych moczach, czy to prawidłowych, czy téż pochodzących od chorych na choroby chroniczne, lub téż na zapalenia jakichś pojedynczych narządów, nie napotykałem nigdy prątków tak obficie i tak bogatych pod względem postaci. Mocze zresztą z chorób zakaźnych zawsze oddziaływały kwaśno, przyczyną więc wystąpienia tak licznego prątków nie mógł być li tylko sam proces fermentacyjny i rozkład gnilny moczu. Kilkakrotnie badałem mocz taki zupełnie świeży pod drobnowidem i już licznie napotykałem prątki. Szczególniéj dotyczyło to moczów od chorych na dur brzuszny, wysypkowy i płonicę. Jaka była tego przyczyna pozostaje dla mnie nierozwiązaną zagadką. *Dopisek sprawozdawcy*). *Dr. Kopff.*

Wiadomości pomniejsze.

(γ) E. W. Dunbar **zaleca w niestrawności** u dzieci azotyn bizmutowy (*Magisterium Bismuthi*) w dawkach od 0,03 do 0,3 albo cytrynian amonowobizmutowy (*Bismuthum amoniaco-citricum*) w dawkach od 0,1 do 1,0, 2 do 4 razy dziennie zwłaszcza po jedzeniu, stosownie do wieku dziecka i ciężkości przypadku. Szczególniéj skutecznym jest lek ten w niestrawności u dzieci w obec czystego albo mało obłożonego języka, z wyraźnie widocznemi brodawkami grzybkowatemi zaczerwienionemi i obrzmiałemi; bezskutecznym zaś w obec języka czystego, gładkiego żadnych zmian w brodawkach nieokazującego. (*Allgemeine medizinische Central-Zeitung*, Nr. 90, 1882).

Ω W *Academie des sciences* w Paryżu miał niedawno Brown-Séquard wykład **o działaniu znieczulającém kwasu węglowego.** Jeżeli przez czas mniéj lub więcéj pół do 2 minut puści się silny strumień kwasu węglowego na przełyk, podniebienie miękkie itd., to wszystkie okoliczne części miękkie ulegają do tego stopnia znieczuleniu, że można na tych częściach zwykle tak tkliwych, wykonać różne rękoczyny, bez obawy wywołania duszenia się, wymiotów lub innych podobnych odruchów. Znieczulenie trwa 2—8 minut. Szczególnego wpływu na zdrowie w skutek zastosowania kwasu węglowego autor nigdy nie zauważył.

Ω **Środki przeciw nieżytowi nosa.** Falliot utrzymuje, że katar nosa można wyleczyć bardzo łatwo, jeżeli najdaléj w ciągu 12 godzin od chwili rozpoczęcia się choroby, zastosuje się wziewania do jam nosowych rozczynu chininu. F. poleca swoim pacyjentom rozczyn z jednéj części chininu na 120 cz. wody i tyle rozcieńczonego kwasu siarkowego ile do zupełnego rozpuszczenia chininu koniecznie potrzeba. Dla zapachu można dodać jakiegokolwiek środka wonnego. Wziewania za pomocą zwykłego rozpylacza potrzeba robić przez jeden lub dwa dni co godzina. (*Allg. med. Central-Ztg.*, 1883, Nr. 5).

III. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

XVII Posiedzenie zwyczajne Tow. lek. krak. z dnia 15 list. 1882 r.
Przewodniczący: kol. Jordan. Członków obecnych 25.

1. Kol. prof. Rosner przedstawia chorą *cum Rhinoscleromate nasi et palati mollis* i czyni następujące uwagi nad tą chorobą, która tak pod względem anatomicznym jak i klinicznym nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśnioną.

U 32-letniéj choréj K..... rozpoczęło się cierpienie przed 4 laty od tworzenia się guzka w przewodzie lewym nosa, który bardzo powoli rósł i żadnéj dolegliwości choréj nie sprawiał. Dopiero, gdy zupełne zatkanie nosa nastąpiło i guzik z przewodu nosa zaczął występować na zewnątrz, udała się chora do kliniki. W dniu 2gim maja, kiedy kol. prof. Rosner chorą po raz pierwszy widział, obrzęk ten przedstawiał się w postaci guza zbitego, blado-żółtego, wcale niebolesnego za dotknięciem i o powierzchni równéj. Guz ten wielkości orzecha laskowego wychodził z przegrody chrząstkowéj nosa, od dołu przyczepiony był częściowo do wargi górnéj ust, wypełniał otwór nosowy po stronie lewéj a wyparł przegrodę nosową ku prawéj stronie tak, że chora nosem wcale oddechać nie mogła. Skrzydła nosowe wyparte na zewnątrz i chrząstkowato twarde. Oprócz tych zmian widzimy zmiany na podniebieniu miękkiém, które w ścisłym związku zostają z zmianami w nosie, a które, zdaniem wykładającego, przyczynić się mogą do wyjaśnienia znaczenia anatomicznego obrzęku w nosie. Całe podniebienie sztywne, prawie nieruchome podczas fonacyi okazuje powierzchnię nierówną pokrytą mnóstwem brodawek, pozbawionych przybłonka, między któremi powierzchowne drobne wrzodziki się znajdują. Podniebienie w ten sposób zmienione jest bardzo zbite niemal chrząstkowate, a chora bólu gardła wcale nie doznaje, tak dalece, że się dopiero w klinice dowiedziała o cierpieniu gardła. Oprócz tych zmian w nosie i na podniebieniu miękkiém nie można wykazać żadnych zmian kiłowych lub śladów przebytéj kiły. Chora czuje się zupełnie zdrową i jest matką trojga dzieci zupełnie zdrowych. Po stosowaniu zewnętrznem *Kali caustici in substantia* guz w nosie się zmniejszył a chora w stanie polepszonym opuściła klinikę w czerwcu 1882. W listopadzie wróciła do kliniki z prośbą o usunięcie zupełne guza, który się mało co zmienił, natomiast zmiany na podniebieniu uległy znacznemu przeobrażeniu. W miejscu nacieku zbitego o powierzchni nierównéj widzimy na łukach podniebiennych i na zewnętrznéj części podniebienia miękkiego tkankę bliznowatą, tak że tylko część środkowa podniebienia okazuje zmiany dawniejsze. To przeobrażenie zmian na podniebieniu, powstałych przecież z téj saméj przyczyny co zmiany w nosie i na nosie, a które tak odmienne jest od przeobrażenia zwykłego nowotworów pozwala przypuszczać, że guzy w nosie nie mają znaczenia nowotworów, jak to utrzymują Hebra i Kaposi, każe raczéj przyznać słuszność koledze Mikuliczowi, który na podstawie badania mikroskopowego oświadczył, że guzy i nacieki pochodzą z zapalenia chronicznego. Pytanie tylko, jaka jest przyczyna tego zapalenia. Otóż kol. Mikulicz i inni podejrzywają kiłę o wywołanie tych obrzęków zapalnych. O ile kol. R. najzupełniéj zgadza się z kol. Mikuliczem co do znaczenia anatomicznego tych obrzęków, o tyle żadną miarą zgodzić się nie może z przypuszczeniem, że kiła te guzy sprowadziła. Pomijając, że w żadnym przypadku dokładnie przez siebie obserwowanym, a widział takich przypadków sześć, nie widział kiły lub śladów przebytéj kiły, to przebieg guzów *in Rhinoscleromate* jest zupełnie inny od przebiegu guzów kiłowych a leczenie przeciwkiłowe żadnego nie wywiera wpływu na rozwój tych guzów. O ile z przebiegu wnosić można, to guzy te pochodzą z przyczyny zewnętrznéj a przebieg niezwykle powolny dałby się najłatwiéj wytłumaczyć, gdyby się

sprawdziło zdanie Frischa, że guzy *in Rhinoscleromate* powstanie swoje zawdzięczają prątkom, które w tych guzach znalazł. Na podstawie tedy badań anatomicznych, mianowicie kol. Mikulicza, na podstawie przebiegu właściwego choroby i na podstawie doświadczenia klinicznego formułuje kol. prof. Rosner swoje zdanie: że *a)* zmiany *in Rhinoscleromate* pochodzą z zapalenia chronicznego; *b)* zmiany te w żadnym nie zostają związku z zakażeniem kiłowém; *c)* zmiany te powstają z przyczyny zewnętrznéj: *d)* choroba jest uleczna.

W dyskusyi nad tym przedmiotem zabrał głos kol. prof. Mikulicz, oświadczając że cieszy się, że zdanie jego o znaczeniu anatomicznêm twardziela nosowego znalazło poparcie w spostrzeżeniach klinicznych. Od przypuszczenia, że guzy te początek swój zawdzięczają zakażeniu kiłowemu odstępuje po doświadczeniach klinicznych nabytych po wydrukowaniu monografii swojéj o Rhinoscleroma, nareszcie zgadza się z zdaniem kol. Rosnera, że choroba jest uleczną ale wymaga energicznego działania chirurgicznego. W sprawie téj zabierali jeszcze głos kol. Zarewicz, Obaliński i Kwaśnicki

2) Następnie przedstawił kol. prof. Rosner 11-letniego chłopca *cum atrophia cutis propria seu Xerodermate pigmentoso.* Zabarwienie pstre skóry zanikłéj na twarzy, na karku i na odnogach daje obraz bardzo wybitny téj rzadkiéj choroby, która u naszego pacyjenta wystąpiła w 5tym roku życia. Na skórze w ten spósób zmienionéj, a mianowicie na twarzy, wystąpiły podobnie jak w innych przypadkach opisanych przez autorów obrzęki ze znaczeniem nowotworów dochodzące wielkości jaja gołębiego, co się bardzo rzadko zdarza, bo zazwyczaj nowotwory te nie przekraczają wielkości orzecha laskowego. Nowotwory w naszym przypadku i têm się różnią od opisu podanego przez autorów, że nie mają znaczenia przybłoniaka lub mięsaka lecz przedstawiają się jako naczyniaki, jak to wykazał kol. prof. Browicz, który badał pod mikroskopem wycięty guzik. *Xeroderma pigmentosum* tak rzadko się wydarza, że dla braku dostatecznéj kazuistyki, a mianowicie dla braku odpowiednich oględzin pośmiertnych, nic pewniejszego podać nie można o znaczeniu klinicznêm téj zabójczéj choroby. Najwięcéj ciekawości budzą nowotwory, które niemal w każdym przypadku się tworzą i to zawsze na skórze chorobowo zmienionéj mianowicie na skórze twarzy, a które są przyczyną śmierci przedwczesnéj chorego. Czy nowotwory te początek swój zawdzięczają téj saméj przyczynie, która sprowadziła zanik skóry lub czy one są następstwem zmian chorobowych skóry, poniekąd wynikiem nieprawidłowego krążenia krwi i odżywienia skóry, trudno rozstrzygnąć ale nierównie większe prawdopodobieństwo przemawia za przypuszczeniem drugiém a to dla tego, że nowotwory występują zawsze tylko w miejscach chorobowo zmienionych skóry a powtóre dla tego, że zanik i nieprawidłowe zabarwienie skóry wyprzedzają zawsze nowotwory.

W dyskusyi nad tym przypadkiem zabierali głos koll. Zarewicz i Domański.

3) Członkiem czynnym Tow. wybrano kol. Wolframa.

4) Zgodnie z propozycyją Komitetu wybrano Komisyję przedwyborczą, a w skład téjże weszli koll. Blumenstok, Domański, Heuman, Korczyński, Kwaśnicki, Murdzieński, Oettinger, Rosner, Rydel, Warschauer, Wasylewski i Zarewicz.

5) Kol. Kwaśnicki uwiadamia Tow. o podziękowaniu otrzymanêm od Tow. lek. czeskich za sprawozdanie z II Zjazdu lek. i przyr. czes.

6) Kol. Zarewicz przedstawił nadesłany projekt zmiany statutu Tow. lek. galic. — Towarzystwo przyjęło zmiany do wiadomości.

Na têm posiedzenie zakończono. *Dr. Jan Rosner.*

IV. W dwóchsetną rocznicę próby płucnéj.

(Urywek z pracy większéj).

Napisał L. Blumenstok.

(Dokończenie. Patrz Nr. 3).

Przed r. 1683 lekarze sądowi nie zajmowali się wcale kwestyją dzieciobójstwa; nie zna tego pojęcia ani Fidelis ani Zacchiasz; w ogromnêm dziele ostatniego nie ma wcale mowy o dzieciobójstwie a w jego zbiorze 85 orzeczeń lekarskich ani jeden przypadek nie odnosi się do téj zbrodni. Nie zadziwia nas wcale pomijanie zupełne rozdziału, który obecnie należy do najważniejszych w nauce naszéj; prawodawstwa ówczesne nie uznawały dzieciobójstwa za t. zw. zbrodnię uprzywilejowaną, a morderstwo popełnione na noworodku przez matkę poczytywało za zwykłe morderstwo; szukano więc na ciele noworodka śladów obrażenia i śmierci gwałtownéj, tak jak u każdéj innéj osoby starszéj. Wprawdzie mimowolnie nasuwać się musiała uwaga, że podczas gdy u jestestw, które notoryjnie żyły, fakt życia nie ulega zaprzeczeniu, u noworodków zaś częstokroć zachodzić musi wątpliwość, czy urodziły się żywemi,—jednak węzeł ten przecięto mieczem, albowiem przypuszczano, że samo zatajanie ciąży nieślubnéj i porodu przemawia na niekorzyść rodzącéj, a têm samêm za urodzeniem się dziecka żywego. W obec takiéj presumpcyi prawnéj nikomu na myśl nie przyszło uwzględnić fakt, obecnie przez statystykę stwierdzony, że właśnie dzieci nieślubne tak często rodzą się martwemi; mieniono się być dostatecznie liberalnym, jeżeli się rodzącym dozwalało, postarać się o pewne świadectwa, że dzieci urodziły się nieżywemi. Interwencyja więc znawcy lekarskiego w ocenianiu pytania, które obecnie uchodzi za najważniejsze i zasadnicze, a mianowicie, czy dziecko żyło, była całkiem zbyteczną, a zgubne następstwa takiego postępowania odczuwały kobiety obwinione. Odkąd zaś wytoczonym został przez Schreyera spór o próbę płucną, mającą stanowić o têm pytaniu zasadniczêm, coraz częściéj Sądy zaczęły żądać od znawców odpowiedzi i w tym kierunku, coraz bardziéj więc usuwać się musiała pozorna podstawa z pod owego nieszczęsnego przypuszczenia prawnego. Dosyć zajrzeć do dzieł Bohna, aby przekonać się, jak prędko praktyka przeobraziła się w téj mierze. W r. 1704 pisze autor ten (p. 661): *„frequentius, an mortuus qui mox a nativitate reperitur, partus vivus mortuusve enixus fuerit, deponere jubentur Medici a Praetore, in causa seu suspicione infanticidii; quod hactenus quidem tentarunt per circumstantias, ab obstetricantibus et coeteris testibus assertas aut negatas; nunquam tamen quaestionem hanc inter Medico-Legales ita fuisse relatam, ut ex cadaverulo hujusque extispicio, i. e. per rationes mere physico-anatomicas judicium certum formet Prosector,"* — — *„Adeo ut, quod per interaneorum nati lustrationem nunc, ubi de infanticidio praesumptio est, testificare adigantur Medici, non Legibus, sed sibimet, aut potius nonnullis artis suae sociis in experimentis formandis et conclusionibus hinc eliciendis justo praecipitibus imputare debeant,"*—a w drugiém dziele, wydanêm w r. 1711 wyraża się o śledzeniu dzieciobójstwa jak następuje (p. 169) *„Olim equidem prius negotium per Indicia tantum mere legalia — decidebatur, ut ex Ordinatione Caroli V, Constitut. Crim. Saxon. etc. elucescit, et Mulier, quae infantem mortuum se peperisse ajebat, hoc aut sufficienter probare tenebatur, aut si hoc probare non poterat, in assertione nihilominus sua pertinacius perseverabat, ad Veritatis confessionem cogendam Torturae subjiciebatur; gravata imprimis per hoc, quod gravitatem occultarit et clam pepererit."* Zwracamy uwagę na to, że w pierwszêm dziele Bohn używa wyrazu „dotąd" *(hactenus)*, a w 7 lat późniéj „dawniéj"

(*olim*), z czego wynika, że praktyka nowa bardzo szybko drogę sobie utorowała. Przy téj sposobności nie zawadzi przypomnieć, że jak Bohn pierwszy nadał nauce nazwę: *Medicina forensis*, tak téż i pierwsza sądowolekarska rozprawa: *de infanticidio* od niego pochodzi.—Wprawdzie daleko jeszcze było do t. zw. uprzywilejowania dzieciobójstwa, tj. do stanowiska, jakie zbrodnia ta obecnie zajmuje, bo podstawy dla przywileju tego szukać musiano nie w przedmiocie zbrodni, lecz w podmiocie samym, — ale wątpliwości nie ulega, że równocześnie z wytoczeniem sporu o próbę płucną rozpoczyna się praca koło ustalenia odpowiedniego pojęcia zbrodni dzieciobójstwa, praca wspólnie podjęta i dokonana przez prawników i lekarzy.

Jeżeli więc próba płucna z jednéj strony oddziaływała zbawiennie na ludzkość przez skierowanie dochodzenia zbrodni dzieciobójstwa na właściwą drogę, to z drugiéj strony wpłynęła bardzo korzystnie na dalszy rozwój medycyny sądowéj, tak że zdaniem naszém, na wstępie wypowiedzianém, stanowi ona granicę między medycyną sądową dawniejszą a nowszą. Przyznać wprawdzie należy, że postęp umiejętności lekarskiéj w wieku XVII był podstawą i rozwoju nauki naszéj, wszakże i próba płucna była tylko jedną ze zdobyczy, którą zawdzięczamy Harveyowi i jego następcom. Prawdą jest następnie, że wszystko się wówczas składało na to, aby medycynie sądowéj postęp raźny umożebnić; wszakże pomijając odkrycie obiegu krwi, prace przytoczonych wyżéj anatomów i fizyjologów niemieckich, holenderskich i włoskich, to już praca późniejsza Harveya „*de generatione animalium*“ (1651) i oparta na doświadczeniach zasada jego „*omne virum ex ovo*,“ odkrycie przez Graafa pęcherzyków według niego nazwanych (1663), badanie embryjologiczne Swammerdama, odkrycie w pracowni Leuwenhoecka plemników przez słuchacza medycyny Ludwika Hammena (1677), a przedewszystkiém usilowania Malpighiego koło rozpowszechnienia drobnowidu i liczne doświadczenia fizyjologiczne musiały popchnąć naprzód i naukę naszą. Lecz jeżeli chętnie przyznamy, że grunt należycie był przysposobiony, to jednakowoż potrzeba było ziarna, które rzucone do gruntu żyznego miało wydać plon piękny; tém ziarnem było właśnie zastósowanie próby płucnéj przez Schreyera.

Ziarno swoje po przejściu przez sito Wydziału wittenberskiego Schreyer wieszczemi słowy nazywa: *pomum Eridos*; stało ono się istotnie jabłkiem niezgody pomiędzy uczonymi, ale ta niezgoda, ta walka wyrwała naukę naszą z bagien scholastycyzmu, w których rydwan jéj ugrzązł był od czasów Zacchiasza. Swarzyli się i dawniejsi lekarze sądowi, mniéj wprawdzie pomiędzy sobą, bo ich było mało piszących, ale za to więcéj z prawnikami, teologami, filozofami, i o cóż spierali się a nad czém zastanawiali się? Komu należy się pierwszeństwo czy prawnikom lub lekarzom, jakie znaczenie ma podobieństwo lub niepodobieństwo dzieci, czy należy przypuszczać czary lub nie, czy spółkowanie z szatanem lub bydlęciem może być płodném, czy cuda są możebne lub nie, czy dzieci potworne chrzcić należy, odkąd płód obdarzony jest duszą rozumową itd. itd., — takie i im podobne kwestyje były przedmiotem uczonych rozpraw i kłótni, takim sporom czas drogi poświęcali dawni lekarze sądowi natężając wszystkie struny mądrości swéj scholastycznéj celem ostatecznego ich rozwiązania. Błogi ten zastój od czasu do czasu ustępował miejsca żywszemu nieco ruchowi, jeżeli pomiędzy drzemiących rzucał ktoś „jabłko niezgody;“ tak np. gdy w r. 1659 Pillement, dziekan Wydziału lek. w Pont-á-Mousson znalazł przy sekcyi płód skamieniały w jamie brzusznéj u kobiety przeszło 60-letniéj a od lat 30 owdowiałéj, a która poniosła śmierć przez wyskoczenie z okna i przypadek ten opisał w rozprawie pt. „*Observatio singularis mussipontana foetus extra uterum in abdomine tandemque lapidescentis*,“ powstała tak zażarta walka o istotę tego zjawiska, że rozprawy spisane o tym przypadku przez uczonych z téj i tamtéj strony Renu stanowią całą biblijotekę!—Postać rzeczy zmienia się nagle, odkąd próba płucna weszła na porządek dzienny. Próba ta nie była płodem filozofii scholastycznéj, lecz wynikiem umyślnie przedsiębranych doświadczeń na zwierzętach; wszakże Rayger najwyraźniéj doświadczenia swoje opisuje („*Ut autem de experimento certi essemus, immissimus pulmones agninos in aquam*“.... „*Unum sumsimus perque asperam arteriam inflavimus....*“). Chcąc więc wykazać, że próba płucna jest pewną lub zawodzącą, nie dosyć było wertować folijanty, lecz należało doświadczenie powtórzyć i kontrolować, wypadało zbliżyć i przypatrzyć się przedmiotowi, o którym dotychczas rozprawiało się po akademicku. Poznali się na téj potrzebie odrazu uczeni, którzy powołani byli do wydania sądu o próbie płucnéj, a w odpowiedziach ich przejawia się pewne zakłopotanie z powodu, że mają orzekać o kwestyi, któréj nie znają dokładnie z własnego doświadczenia, a któréj samemi wywodami scholastycznemi zbyć nie można. Rivinus i Lange w orzeczeniu swém pierwszém mówią ogólnikowo tylko o doświadczeniach powołując się na Raygera; natomiast w orzeczeniu drugiém w skutek zadanego przez obrońcę pytania szczegółowego oświadczają, że „dla większéj rękojmi uskutecznili sami rozmaite doświadczenia“ na płucach cielęcych. Wydział lekarski w Frankfurcie n./O. wprawdzie mimochodem natrąca o swoich własnych spostrzeżeniach, ale z orzeczenia jego aż nadto wynika, że opiera się li na przytoczonych przez Schreyera „*rationes et autoritates*,“ które poczytuje za dostateczne i dlatego nie kusi się o przytoczenie innych, „jakkolwiek na nich nie zbywa;“ wreszcie polemizując przeciw tym, którzy odmiennego są zdania, uznaje to zdanie przeciwne za nieuzasadnione, ponieważ nie przeciwstawia „*experimentum experimento*,“ ale nie jest w stanie powołać się na własne doświadczenia. Wreszcie Wydział lekarski w Wittenbergu podaje, że nie ma podstawy do poddania w wątpliwość doświadczeń przytoczonych przez lekarzy pierwszych,“ ponieważ sam przed wielu laty przekonał się przez doświadczenie, że płuca płodu 4ro i 6cio miesięcznego tonęły i że to samo spostrzegał późniéj wielokrotnie na zwierzętach.“ Tak więc grona uczone widzą się zmuszonemi sięgać do pamięci swéj, wydobyć z jéj arsenału jakie takie doświadczenia, czując instynktowo, że minęły czasy, w których podobne kwestyje wolno było rozstrzygać wyrokiem wydanym z trójnoga powagi akademickiéj. Za przykładem ciał naukowych i jednostki uczone, chcąc głos zabierać przychylny lub przeciwny nowéj nauce, podejmują eksperymenta, które wielce przyczyniają się do wyjaśnienia sprawy, a o jéj niezwykłéj doniosłości świadczy najwymowniéj okoliczność, że do téj chwili, po upływie 200 lat, akta jeszcze nie są zamknięte. Już więc z tego tytułu, że stała się przyczyną i podstawą wiekowych doświadczeń i badań i że ostatnie nie tylko nie zdołały jéj wyrugować z praktyki lub zastąpić ją innem, pewniejszém dochodzeniem, ale nawet coraz bardziéj przekonywają, że w dochodzeniu dzieciobójstwa na niéj polegać można, jeżeli się w danym przypadku

uwzględnia wszystkie okoliczności, już dlatego więc przypomnienie rodowodu próby płucnéj byłoby usprawiedliwionêm; nie poprzestając jednak na tym tytule poczytujemy wpływ jéj za o wiele jeszcze zbawienniejszy na rozwój medycyny sądowéj, ponieważ od wprowadzenia w praktykę próby płucnéj medycyna sądowa zmienia lico swoje: ustaje ślepa wiara w znakomitości prastare i rozpoczyna się uwzględnianie prac nowszych a trzeźwa obserwacyja i kierunek eksperymentalny wchodzą w prawa swoje; żal więc Schreyera do współczesnych lekarzy, wyrażony przezeń w utyskiwaniu, które jako godło na czele niniejszéj rozprawki umieściliśmy, nie pozostał głosem na puszczy. Lekarze, zajmujący się medycyną sądową, już coraz rzedziéj wojują argumentami, wypisywanemi z autorów starożytnych i średniowiecznych, bo zmuszeni są odpowiadać na zarzuty uzasadnione, bo oparte na obserwacyi i eksperymencie, czynione przez współczesnych; usiłują oni wyzyskiwać wła ne doświadczenie praktyczne, a w tym celu uznają potrzebę czynienia spostrzeżeń trzeźwych; co większa widząc, że stwierdzenie faktu przypadkiem spostrzeżonego przez fakt drugi spostrzegać się znów przypadkiem mający dałoby długo na siebie czekać, zaczynają przychodzić w pomoc obserwacyi, wywołując spostrzeżenia umyślne na zwierzętach. Były to zapewne początki zaledwie owego potężnego kierunku doświadczalnego, który w naszych czasach tak znakomite usługi oddaje umiejętnościom przyrodniczym i lekarskim, bo doświadczenia robiono na zwłokach ludzkich lub zwierzętach martwych, i robiono je zgrubsza za pomocą przyrządów prostych, prymitywnych; ale *„data est cuique ansa inquirere in veritatem,“* a początek jak wiadomo, bywa najtrudniejszy.

Obecnie, gdy kierunek doświadczalny i w medycynie sądowéj tak wielkiego nabrał znaczenia i wydał plon tak obfity, z têm większêm uznaniem poglądać winniśmy na pierwsze usiłowania, czynione przez naszych poprzedników i godzi się, abyśmy zasługi ich w téj mierze położone we wdzięcznéj zachowali pamięci. Nie taimy sobie wprawdzie, że kierunek ten ma i swoją stronę odwrotną: jeżeli wyniki otrzymane z doświadczeń, które czynimy na zwierzętach, nie dają się w ogóle i bezwzględnie przenosić na człowieka, to têm mniéj wtedy, jeżeli zastósowanie to wpłynąć może szkodliwie na los oskarżonego bliźniego lub na prawa człowieka poszkodowanego,—a jeżeli w czasach naszych, w których tak szybko się żyje i raźniéj jeszcze pracuje, jedno t. zw. odkrycie ustępuje drugiemu, które częstokroć również prędko idzie w zapomnienie, nie wypada pospiesznie wprowadzać odkryć w praktykę sądowolekarską, które nie wytrzymały jeszcze należytéj próby krytycznéj i nie uzyskały sankcyi naukowéj. Jeżeli pomimo, że obecnie wszyscy zgadzają się na potrzebę ujęcia bujnéj częstokroć fantazyi badaczów w karby dobroczynne, przecież potrzebę tę od czasu do czasu przypominać jeszcze należy, to têm większą cześć przyznać winniśmy Wydziałowi lekarskiemu w Wittenbergu, który przed 200 laty w orzeczeniu wyżéj przytoczonêm zasadę tę ważną dla praktyki sądowolekarskiéj wypowiedział jasno i bez ogródek. *„Diese opinio ist noch nicht communi eruditorum consensu confirmata et recepta, dahero in Sachen so Leib und Leben antreffen, so blosser Dinge auf solche problemata sich nicht zu gründen sey“*—otóż zdanie pamiętne, które po wszystkie czasy pozostanie przewodniêm w nauce naszéj.

Oddawszy hołd należny tak Wydziałowi temu, jakotéż tym zasłużonym mężom, którzy przez wystąpienie swoje orzeczenie tego Wydziału wywołali, jakkolwiek ostatnie nie wypadło po myśli znawcy lekarskiego i obrońcy, winniśmy w końcu podnieść jeszcze jednak okoliczność ważną. Otóż w całym tym sporze wszyscy biorący w nim udział posługują się językiem narodowym, niemieckim. Wyzwolenie się to z pod władzy łaciny znamionuje wówczas również zwrot ku lepszym czasom, zasługa w têm główna Thomasiusza, który odznaczył się niezwykłą na owe czasy odwagą, że z katedry lipskiéj a późniéj halskiéj pierwszy zaczął wygłaszać wykłady w języku niemieckim a i liczne prace swoje naukowe po największéj części w tymże spisywał języku. Że ta reakcyja przeciw językowi obcemu tylko dobroczynnie wpłynąć musiała na postęp nauki, tego dowodzić nie potrzebujemy.

Już po napisaniu niniejszéj rozprawki otrzymałem listowne zawiadomienie od szan. kol. Dra Metzgera, lekarza miejskiego w Tarnowie, że posiada dzieło Thomasiusza, którego przez długi czas nadaremnie szukałem w Krakowie, a nawet i w Wiedniu. Otrzymawszy więc dzielo to z łaski szan. kolegi, któremu niniejszém serdeczne składam dzięki, żałuję, że nie mogę korzystać już dla rozprawy niniejszéj z obszernego opisu Thomasiusza; zachowując sobie więc korzystanie z niego dla niemieckiego opracowania niniejszéj kwestyi, które niezadługo ukaże się w czasopiśmie fachowém, ograniczam się na têm miejscu do sprostowania niektórych przypuszczeń, które podawać musiałem zamiast faktów, nieposiadając dzieła, które, jak przeczuwałem, w téj sprawie jest ważném. — Otóż przedewszystkiém słusznie twierdzi Mende, że Thomasiusz podaje, jako Schreyer w protokóle sekcyjnym nie wspomniał o próbie płucnéj; doniósł on późniéj dopiero obrońcy o uskutecznieniu przez siebie téj próby i na żądanie ostatniego przysięgą stwierdził fakt ten przed Sądem; tak więc Wydział frankfurcki, mając sobie przez obrońcę przesłany wyciąg z aktów, mógł oświadczyć, iż z aktów wynika, jako S. próbę wykonał. W obec dokładnego zaś podania aktów przez Thomasiusza powątpiewanie Mendego nie ma podstawy. Następnie opis Thomasiusza usuwa wszelką wątpliwość co do roku, w którym oględziny się odbyły; otóż poród odbył się w wiliję św. Michała 1681 a oględziny dziecięcia nastąpiły d. 11 grudnia 1681, a więc ani w 1682, ani 1683 roku; proces atoli trwał tak długo, ponieważ matka i córka wyniosły się z kraju, aby uwolnić się od więzienia i tortur, a powróciły dopiero za złożeniem kaucyi i otrzymaniem listu żelaznego, zabezpieczającego im tłumaczenie się z wolnéj nogi. Z tego więc powodu dopiero w r. 1683 spór o próbę płucną wytoczony został, jakkolwiek wykonaną została przez Schreyera o 2 lata pierwéj. Wreszcie w grudniu 1684 zapadł wyrok ławników lipskich, skazujący Annę V. na tortury; od tego wyroku atoli Thomasiusz odniósł się do Elektora z prośbą o oddanie aktów pod ocenę Wydziału prawniczego w Wittenbergu, jako instancyi wyższéj według ustawy Karola V; a gdy téj prośbie stało się zadosyć, a Wydział przerzeczony oświadczył się tylko za ponowną indagacyją obwinionéj w obecności kata, jednak bez użycia tortur, Anna V. wyszła względnie dobrze, bo ostatecznie uznano ją tylko winną zatajenia porodu i skazano na 2-letnie wywołanie z kraju.

Znużyliśmy może czytelnika zbyt obszernêm przedstawieniem rzeczy, a być może, żeśmy nadużyli jego cierpli-

wości. Przejęci doniosłością sprawy korzystaliśmy z daty historycznéj, aby wiernie opisać początki i rozwój jednego z najważniejszych zagadnień sądowolekarskich. Używając w całéj pełni spuścizny przodków winniśmy od czasu do czasu rozglądać się w owéj galeryi, w któréj zawieszone są ich obrazy, aby przypominając sobie ich działalność zrzucić pychę ze serca i uznać, że nauka nasza nie byłaby czém jest, że nie stalibyśmy się tak strasznie wielkimi, gdyby na nią nie byli składali się w pocie czoła, bo śród warunków o wiele skromniejszych pracujący starzy, których nazwisk, a tém mniéj dzieł, częstokroć nie znamy, a częściéj jeszcze w zarozumiałości swéj poznać nawet nie chcemy. Wystarczamy sobie sami w zupełności, nie pomni, że przez samolubstwo nietylko urągamy pamięci zasłużonych przodków, ale sami pozbawiamy się najskuteczniejszego środka ku zoryjentowaniu się w labiryncie wiedzy; albowiem bez znajomości historyi medycyny nietylko dobrowolnie schodzimy z zaszczytnego stanowiska naukowego na szczebel rzemieślników lekarskich, lecz zrzekamy się jedynéj przyjemności, któréj przysporzyć sobie możemy śród mozolnego zajęcia, owéj przyjemności, o któréj tak pięknie pisze wielki poeta niemiecki:

— — es ist ein gross Ergetzen,
Sich in den Geist der Zeiten zu versetzen,
Zu schauen, wie vor uns ein weiser Mann gedacht —

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Ω. Dr. Buchanan przedstawił na jedném z ostatnich posiedzeń parlamentu angielskiego bardzo ciekawe sprawozdanie o wpływie szczepienia na śmiertelność skutkiem ospy. Już przeszło od roku lekarze w Londynie podają na kartkach pośmiertnych zmarłych na ospę w uwadze, czy zmarły był szczepiony lub nie. W r. zeszłym uwag tych nie uwzględniono w $^1/_8$ ogólnéj liczby przypadków śmierci. W ciągu r. 1882 zmarło w Londynie skutkiem ospy ogółem 1.532 osób. Z tych było 325 szczepionych, zaś 637 nieszczepionych. W 570 przypadkach niepodano w uwagach żadnéj wiadomości o szczepieniu. Według obliczenia zrobionego w r. 1872 przez „Metropolitan Asylums Board“ a przyjętego przez „Registrar general,“ jest w Londynie 19 razy więcéj mieszkańców szczepionych niż nieszczepionych. Jeżeli obliczenie to przyjmiemy za podstawę, to wypadnie, że na 1.000 mieszkańców szczepionych zmarło skutkiem ospy 9, na 1.000 zaś nieszczepionych 335. Nie uwzględniono tutaj 570 przypadków, o których nie wiadomo, czy były szczepionemi lub nie. Jeżeli więc je wliczymy pomiędzy szczepionych, to będzie stosunek śmiertelności między szczepionymi a nieszczepionymi jak 24,7:335. Jeżeli je zaś wliczymy pomiędzy nieszczepionych, to stosunek powyższy przedstawi nam się jak 9:635. Między temi więc liczbami waha się błąd, powstały przy obliczeniu Buchanana, przez nieuwzględnienie rubryki szczepienia w 570 kartkach pośmiertnych.

Co do wieku zmarłych na ospę to wypada na 1000 mieszkańców w wieku

do 5 lat	szczepionych	6,1	‰
od 5 do 20 lat	„	4,05	„
do 5 lat	nieszczepionych	595	„
od 5 do 20 lat	„	452	„

Na podstawie téj statystyki przychodzi Buchanan do następujących wniosków: 1) Ponieważ średnio szczepieni i nieszczepieni żyją w tych samych warunkach, więc nieszczepieni mają o wiele więcéj szans śmierci skutkiem ospy, niż szczepieni. 2) Szczepienie nie jest bezwzględną ochroną przeciw ospie. 3) Najwięcéj ochraniająco działa szczepienie u dzieci do lat 5, mniéj już w wieku do 20 lat.

Mr. Marson, lekarz naczelny szpitala ospowatych w Londynie podaje na podstawie 25-letniéj praktyki następujące zestawienie:

		śmiertelność na 100
1.	Szczepieni bez widocznych blizn	21$^3/_4$
2.	„ z 1 bardzo wyraźną blizną	4$^1/_4$
3.	„ z 1 blizną	7$^1/_2$
4.	„ z 1 niewyraźną blizną	12
5.	„ z 2 bliznami	4$^1/_8$
6.	„ z 3 „	1$^3/_4$
7.	„ z 4 lub więcéj bliznami	$^3/_4$
8.	Nieszczepieni	35$^1/_2$

(*Veröffent. d. Kaiserl. deutsch. Gesundheitsamtes).*

Ω. W Paryskiéj Morgue znalazło w latach od 1806—1810 150 zwłok pomieszczenie rocznie: od r. 1846—1850, 450 rocznie, od r. 1866—1870 rocznie 750. W roku zeszłym przyjęto aż 920 zwłok, więc prawie 4 razy tyle ile przed 75 laty. Obecnie wprowadzono tutaj ważne ulepszenie. Dotąd starano się zwłoki wystawione przez czas dłuższy ochronić od gnicia przez polewanie wodą. Sposób ten nie był praktycznym. Obecnie zwłoki zamraża się w przyrządzie wynalezionym przez Brouardela. Przez odpowiednie mięszaniny chemiczne otrzymuje się w tym przyrządzie oziębienie dochodzące do 15°C. Zwłoki wymagają przecięnie do zupełnego zamrożenia 4—10 godzin, przyczém zupełnie się nie zmieniają.

Ω. Według doniesień urzędów wybuchnąć miała cholera w Tedok i Betona na Sumatrze. Rada zdrowia w Kairo uchwaliła skutkiem tego na posiedzeniu 9 stycznia rb. użyć wszystkich sposobów ostrożności względem okrętów przybywających z okolicy Sumatry.

S t a t y s t y k a e p i d e m i j. W tygodniu od 21—27 stycznia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: 37,6. Z ospy umarło 3, z duru brzusznego 1, z kiły 1. Doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach ospy, 2 odry, 1 płonicy, 1 błonicy, 3 duru osutkowego. W tygodniu od 14 do 20 stycznia ospa w Londynie złagodniała. Świeżo zapadło 13. umarło 3, leczyło się w szpitalach 101. W Wiedniu, i Granadzie umarło po 3, w Budapeszcie i Roterdamie po 2, w Brukseli 4, w Aleksandryi 5, w Warszawie 7, w Petersburgu 28, w Madrycie 24, w Baltimore 71. Odra panuje w Wenecyi. Z duru brzusznego umierało wielu w Pradze, Paryżu, Petersburgu i Aleksandryi. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 4, w Maladze 4. Czerwonka złagodniała w Aleksandryi.

S t a t y s t y k a ś m i e r t e l n o ś c i. W tygodniu od 14—20 stycznia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 23,3; w Warszawie 36,0; w Poznaniu 21,3; w Wiedniu 29,0; w Budapeszcie 29,1; w Pradze 30,2; w Tryjeście 36,2; w Berlinie 25,0; w Wrocławiu 30,0; w Gdańsku 35,2; w Kolonii 23,7; w Mnichowie 26,3; w Dreźnie 23,8; w Lipsku 25,3; w Bazylei 19,8; w Brukseli 31,1; w Amsterdamie 23,5; w Hadze 27,8; w Paryżu 26,3; w Londynie 21,9; w Kopenhadze 26,4; w Stokholmie 28,3; w Chrystyjanii 17,5; w Petersburgu 41,3; w Odesie 38 9; w Rzymie 26,5; w Wenecyi 34,3; w Bukareszcie 29,1; w Madrycie 44,1; w Lizbonie 26,9; w Aleksandryi 45,9; w Nowym Yorku 23,4; w Filadelfii 22,5; w Bombayu 25,0; w Madrasie 40,8.

J. B.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 7 lutego. Od dziś rana chorągwie czarne powiewające z gmachów Uniwersytetu i Akademii Umiej. zwiastowują żałobną wiadomość o śmierci profesora i b. rektora U. J., sekretarza jeneralnego Akademii Umiejętności, Członka Izby Panów, Posła na Sejm itd. śp. Józefa S z u j s k i e g o. Śmierć znakomitego uczonego, badacza i patryjoty jest klęską nie tylko dla Uniwersytetu i Akademii, lecz dla całego kraju i narodu: ztąd to też w imieniu kolegów lekarzy u trumny wielkiego obywatela składamy hołd należny nieśmiertelnéj zasłudze.

Rektor Uniw. Jagiell. X. Dr. Pelczar otrzymał następujący telegram od p. Ministra oświecenia. „Przyjmij Pan wyraz mojego głębokiego i szczerego żalu z powodu zgonu Dra Szujskiego, wyrwanego tak wcześnie uniwersytetowi, umiejętności i ojczyźnie. Minister Conrad-Eybesfeld.“

* **Kraków** d. 8 lutego. Wczoraj o godzinie 6téj wieczór odbyło się w Tow. lekarskiém uroczyste wręczenie akwareli

Fałata „Zadumana“ Docentowi Jordanowi, b. prezesowi Tow. W nieobecności Prezesa i Wiceprezesa, którzy nagle wyjechać musieli, aktu uroczystego dokonał uproszony przez pierwszego docent Grabowski.

* Otrzymaliśmy następującą odezwę:

Wydział gospodarczy mającego się odbyć w Poznaniu IV. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich podaje niniejszém do wiadomości wszystkich chcących w tym Zjeździe brać udział, że czas Zjazdu zapowiedziany w pierwszéj naszéj odezwie z dnia 15 grudnia z. r. na pierwszą połowę miesiąca lipca rb., w skutek poważnych głosów odzywających się z kół Uniwersytetów naszych, przełożony został na miesiąc wrzesień rb., dnie którego późniéj oznaczone będą.

Z Wydziału gospodarczego IVtego Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu.

Przewodniczący Sekretarz

Dr. Teofil Kaczorowski. Dr. Bolesław Wicherkiewicz.

* **Warszawa.** Celem uzyskania stopnia doktora medycyny p. Wojciedzki bronił d. 28 stycznia w auli Uniw. rozprawy pt.: „O wpływie przewiązania naczyń zewnętrznych jak również obliteracyi przewodu nasiennego na odżywienie muda“. Oponentami byli pp. Przewóski i Jefremowski. Kandydat otrzymał tytuł doktora.

Dr. Watraszewski mianowany został naczelnym lekarzem szpitala św. Łazarza a Dr. Mazaraki asystentem kliniki chorób skórnych i kiłowych.

Niebawem wyjdzie z druku 1szy zeszyt „Słownika lekarzów i przyrodników polskich“ napisanego przez Dra Kośmińskiego. *(Medycyna).*

* **Berlin.** Zjazd XII chirurgów niemieckich odbędzie się od 4—7 kwietnia rb. Przewodniczącym będzie jak dotychczas Langenbeck.

* **Odznaczenie.** Helmholtz otrzymał szlachectwo pruskie.

* **Wiadomości osobowe.** Dr. Tytus Wasylewski mianowany został prymaryjuszem szpitala w Podhajcach. Wybór ten jest szczęśliwym; Dr. Wasylewski czytelnikom naszym dobrze jest znany z współpracownictwa swego w Przegl. Lek.; przez wieloletnią służbę w rozmaitych oddziałach szpitala św. Łazarza w Krakowie miał sposobność należytą wykształcenia się praktycznego w rozmaitych gałęziach lekarskich, przez co kwalifikuje się jak rzadko który lekarz na kierownika szpitala prowincyjonalnego, w którym nie dosyć być specyjalistą, bo trzeba znać się na wszystkich ważniejszych gałęziach nauki naszéj.

Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Karol Iwański rodem z Czudca w Galicyi i Władysław Kweizer z Poznania.

* **Nekrologija.** D. 1 b. m. umarł w Padwie Dr. Karol Sigmund-Ilanor, b. profesor syfilidologii w Wiedniu. Urodzony d. 28 sierpnia 1810 r. w Schäsburgu w Siedmiogrodzie, pod względem narodowości zaliczał się do Sasów siedmiogrodzkich; był on synem pastora protestanckiego, szlachectwo otrzymał w r. 1870 razem z orderem korony żelaznéj; od r. 1849 był prof. nadzw. a od r. 1869 zwyczajnym profesorem w Wiedniu, a ustąpił z katedry ukończywszy 70ty rok życia. Prace i zasługi jego powszechnie są znane; w ostatnich czasach zajmował się więcéj policyją lekarską i klimatologiją; umarł w domu zięcia w Padwie i w têm téż mieście zwłoki jego pochowano.— W Gracu umarł w 71 roku życia Dr. Ignacy Hawranek, b. profesor okulistyki w b. szkole chirurgów we Lwowie.

Dr. Karol Sedillot zmarł w Saint Menehould w 80 r. życia. Był dawniéj profesorem w szkole w Val de Grace a następnie dyrektorem wojskowéj szkoły lekarskiéj w Strasburgu. Był członkiem Akademii Nauk i Akademii Lekarskiéj, komandorem legii honorowéj. S. był znakomitym chirurgiem i autorem wielu cennych dzieł chirurgicznych.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 5: Schaittera: Wątpliwy stan umysłowy mordercy (c. d.); — w *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 5: Z. Kramsztyka: Z panoramy własnego oka. I. Błyskawki; Jerzykowskiego: Uwagi nad wstrzykiwaniami do jamy macicy (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. Stan. SMOLEŃSKI: Zakład wodoleczniczy w Jaworzu. Cieszyn in 16 str. 24.

O sposobach niesienia pierwszéj pomocy w nagłych przypadkach. Dziełko prof. Esmarcha przełożył i przerobił Dr. K. Grabowski Docent higijeny w Uniw. krak. Kraków 1883. Nakładem Krzyżanowskiego in 8vo str. 98.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. odbędzie w Poniedziałek d. 12 lutego r. b. o godz. 5éj popołudniu w sali Akademii Umiejętności posiedzenie, na którém po załatwieniu spraw dotyczących rozszerzenia zakresu działania Komisyi, kol. Trochanowski poda wiadomość o wodzie mineralnéj z Czygiełki.

Na fundusz wdów i sierót po lekarzach przy Tow. Lek. gal. istniejący złożyli: Dr. Goebel 5 zlr., Dr. Ulanowski z Lublina 3 rs. 60 kop, Dr. Seweryn Michalski z Tomaszowa 3 rs., Dr. Jentys z Lublina 2 rs. i Dr. Wiszniewski kwotę 3 zlr. w. a.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof Dr L Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w **Austryi** 8 złr. 80 c.	w **Król. Polskiém i Ces. Ros.** 6 rsr.	w **Niemczech** 16 mk.	we **Francyi** 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 17 lutego 1883. **№ 7.** **Rok XXII.**

I. Z kliniki chirurgicznéj prof. Dra Mikulicza w Krakowie.

Przyczynki do Chirurgii.

V.

Rak okrężnicy wstępującéj, wycięcie kawałka jelita, śmierć z powodu obumarcia kiszki.

Napisał Dr. H. Schramm
asystent kliniki chirurgicznéj.

Dnia 25 października 1882 r. zgłosił się do kliniki chirurgicznéj mężczyzna lat 54 liczący z Wiśnicza, podając o swéj chorobie następujące szczegóły. Ze zdrowéj pochodząc rodziny nie cierpiał na żadne ważniejsze choroby aż do 51 roku życia. Przed trzema dopiero laty zaczęły mu dokuczać objawy przewlekłego nieżytu żołądka i jelit, brak apetytu i częste rozwolnienie osłabiały go znacznie i z tego powodu szukał pomocy u lekarzy miejscowych, za których poradą udał się do Maryjenbadu. Po kilkumiesięcznym pobycie tamże wrócił do domu z nieznacznėm polepszeniem, które też nie trwało długo; objawy dawne wróciły, a nadto pojawiły się żyłki krwi śród oddawania stolca zbitszego. Przed rokiem przedstawił się chory w klinice lekarskiéj prof. Korczyńskiego, gdzie po zbadaniu chorego obok przewlekłego nieżytu żołądka znaleziono w brzuchu po stronie prawéj guz wielkości jaja gęsiego, pozostający prawdopodobnie w związku z kiszką. Chory już wówczas mocno niedokrewny udał się do Francensbadu, gdzie jednak żadnéj nie doznał ulgi. W powrocie do domu zasięgnął rady w klinice prof. Billrotha, gdzie mu doradzano wycięcia guza z jamy brzusznéj; na operacyję tę jednak chory się nie zgodził. Gdy jednak stan jego po powrocie do domu coraz bardziéj się pogarszał, a występujące teraz częściéj krwotoki śród oddawania stolca coraz bardziéj go osłabiały, przybył chory do kliniki prof. Mikulicza w następującym stanie:

Mężczyzna dobrze zbudowany, stan odżywienia bardzo podupadły, skóra i błony śluzowe blade. W narządach oddechania i krążenia nie znaleziono zmian żadnych. Żołądek znacznie rozszerzony, podczas płukania go zrana wydobyć można tylko cokolwiek cieczy śluzowatéj, kwaśno oddziaływającéj. Przez wiotkie powłoki brzuszne wymacać można po stronie prawéj w połowie odległości między łukiem żebrowym a grzebieniem kości biodrowéj obrzęk wielkości pięści, o powierzchni nierównéj, guzowatéj, twardy i tylko za mocniejszym uciskiem bolesny, dający się łatwo przesuwać aż prawie ku linii środkowéj brzucha. Wypuk w całym brzuchu bębenkowy, tylko nad samym obrzękiem przytłumiony. Stolec wolny zawiera nieco śluzu i od czasu do czasu mierną ilość krwi ciemnéj. Mocz prawidłowy.

Mieliśmy więc przed sobą obrzęk z największém prawdopodobieństwem pozostający w związku z częścią przewodu pokarmowego. Nowotwór żołądka, mianowicie jego części odźwiernikowéj, wykluczyć było można z powodu braku najwybitniejszych objawów, a mianowicie wymiotów, na jakie chory nigdy nie cierpiał a nadto i umiejscowienie guza, bardzo wielka jego ruchomość przemawiały przeciw rakowi odźwiernika. Rozpoznanie więc wahało się między nowotworem sieci lub kiszki grubéj; za pierwszym przemawiała znaczna ruchomość guza i brak wybitnych objawów zwężenia kiszki, za drugim obecność stolców krwawych, do wytłumaczenia których nie było żadnych innych podstaw. Brak objawów zwężenia można było wytłumaczyć tém, że nowotwór zajmował tylko część ściany kiszki nieokrążając jéj dokoła. Rozpoznanie kliniczne brzmiało więc: *Carcinoma coli ascendentis.*

Jasną było rzeczą, że w obec takiego rozpoznania jeden był tylko możebny środek wyleczenia chorego, mianowicie oddalenie nowotworu. W przypadku naszym nie było też objawów znacznego zwężenia jelita, nie było uporczywego zaparcia stolca i wymiotów, które w większéj części znanych dotąd przypadków były najważniejszém wskazaniem do operacyi, a właśnie brak tych objawów i ruchomość gu-

za, pozwalająca wnosić o braku zrostów z częściami sąsiedniemi były zachętą do spiesznéj operacyi, dając nadzieję, że w obec małych rozmiarów nowotworu i wycięcie go będzie łatwiejsze, i gruczoły będą wolne a zatém i obawa recydywy mniejsza. Wreszcie mocno podupadły stan odżywienia chorego, który za dalszém oczekiwaniem musiałby się jeszcze bardziéj pogorszyć, nie dozwalał dłuższéj zwłoki. Zważywszy wreszcie, że według zestawienia Köhlera (*Darmresektion bei Karcinom des Dickdarms. Inaug. diss. Breslau* 1881) na 25 przypadków wycięcia nowotworów kiszki grubéj 15 czyli 60% zakończyło się zupełném wyzdrowieniem, mogliśmy mieć nadzieję, że i nasz przypadek pomyślnym zostanie uwieńczony skutkiem. Przedstawiono więc choremu konieczność operacyi, na którą natychmiast się zgodził, przekonawszy się już poprzednio o bezskuteczności innych środków.

Operacyję wykonał prof. Mikulicz dnia 28 października 1882 r. w sposób następujący: Śród wielkich ostrożności przeciwgnilnych w pokoju do 24°C. ogrzanym poprowadził przez powłoki brzuszne cięcie zaczynające się 2 cm. na wewnątrz i 3 cm. poniżéj mostka, idące skośnie ku dołowi i zewnątrz, 10 cm. długie. Po dokładném zatamowaniu krwotoku otwarto otrzewnę i pokryto natychmiast wypuklające się pętle kiszek cienkich gazą jodoformową zmaczaną w 5% roczczynie karbolu. Przez utworzoną ranę wprowadził prof. M. rękę do jamy brzusznéj i wydobył na zewnątrz guz, który, jak się teraz pokazało, zajmował okrężnicę wstępującą blisko jéj przejścia w poprzeczną. Guz ten pozrastany silnie z siecią zajmował cały obwód kiszki w rozległości 6 cm. Teraz przystąpiono do odosobnienia choréj części kiszki. Była to robota bardzo żmudna z powodu licznych i silnych zrostów i zajęła blisko godzinę czasu. Wszystkie zrosty przecinano między dwiema podwiązkami z jedwabiu Czernego. Kilka strzykających tętnic podwiązano osobno, zarazem wyjęto z krezki 3 gruczoły limfatyczne twarde, wielkości orzecha laskowego. Teraz wsunięto pod odosobnioną część kiszki szeroki pas gazy jodoformowéj, zmaczany w 5% karbolu, nadcięty po obu końcach i końce te związano powyżéj i poniżéj nowotworu, tym sposobem cała następna część operacyi odbyła się dokładnie po za jamą otrzewnową a nadto związane na kiszce końce gazy jodoformowéj służyły za dobry punkt oparcia dla palców asystenta, uciskającego dowodzącą i odwodzącą część kiszki. Poczém przecięto ściany jelita na 1 cm. od czuć się dających granic nowotworu i zaraz po oddaleniu tegoż wymyto oba końce 5% roczczynem karbolu. Ponieważ część odwodząca była znacznie węższa niż środkowa, przeto w celu wyrównania obwodu obu końców nadcięto część obwodową w kierunku podłużnym. Zespojenie obu końców odbyło się w ten sposób, że najpierw założono szew kuśnierski z jedwabiu na błonę śluzową, a następnie szwem Lemberta, również kuśnierskim, zespojono dokładnie powierzchnie otrzewnowe obu końców kiszek i dla większéj pewności dodano jeszcze kilka szwów węzełkowych. Po przekonaniu się, że zespojenie wzdłuż całego obwodu kiszki było dokładne, oddalono z pod zeszytéj kiszki pasek gazy jodoformowéj i zeszyto obie blaszki krezki również szwem Lemberta. Po obmyciu pętli jelita 5% roczczynem karbolu, odprowadzono ją do jamy brzusznéj i ranę w ścianie brzusznéj po oczyszczeniu otrzewny zamknięto 5 szwami płytkowemi, kilkunastoma jedwabnemi i założono opatrunek. Cała operacyja trwała dwie godziny. Chory mocno osłabiony przeniesiony do sali otrzymuje kamionki ciepłe i środki podniecające.

Wyjęta część jelita 8 cm. długa. Po obu końcach ściana w rozległości 1 cm. prawidłowa reszta mocno zgrubiała przez naciek zwężający jéj światło tak, że ledwie mały palec przez nie można przesunąć. Wewnętrzna powierzchnia kiszki nierówna, owrzodziała, w zagłębieniach rozpadającego się nowotworu resztki niestrawionych pokarmów. Nowotwór na przekroju białawy, zbity w wielu miejscach drobne żółtawe rozmiękłe ogniska. Badanie drobnowidowe wykazało jako punkt wyjścia nowotworu gruczoły kiszkowe; w wyjętych gruczołach limfatycznych przerzutów nie znaleziono.

(Dokończenie nastąpi.)

II. Ogólny pogląd na nowsze teoryje jaskry.

Wykład habilitacyjny.
Podał Dr. E. Machek.

Od bardzo dawnych czasów oddawali się lekarze nauce o jaskrze. Chociaż nie zawsze tak jak dziś pobudzały i zachęcały do zbadania przyczyn i poznania objawów względy naukowe i zagadkowość choroby, to przecież zmuszało do tego wykonywanie sztuki lekarskiéj i zetknięcie się z chorymi. Jaskra bowiem jest stosunkowo dość częstą chorobą. Sama sobie pozostawiona pozbawia we wszystkich bez wyjątku przypadkach chorych wzroku, a ślepe już oczy ulegając dalszym zmianom chorobowym są przyczyną gwałtownych bólów, które nieszczęśliwych chorych zmuszają do szukania pomocy lekarskiéj. To téż jaskrę znają już Galen, Pliniusz i Avicenna; lecz ani spostrzeganie objawów chorobowych ani ich leczenie naukowéj wartości nie miało. Więcéj się można było spodziewać po badaniach anatomicznych oczu jaskrą dotkniętych, które w zeszłym wieku wykonał Brisseau we Francyi, a to tém więcéj, że po ogłoszeniu tych prac Beer w Wiedniu niemało przykładał starań, aby poznać objawy téj choroby. Lecz medycyna ówczesna zagrzęzła w humoralnych teoryjach patologicznych widzi w jaskrze zapalnéj tylko skutki artrytycznéj skazy krwi (Beer, *Augenheilkunde*, 1817, t. II, p. 255) a jaskrę prostą, nieznając wziernika ocznego, nie może odróżnić od zaniku nerwu wzrokowego. Zanim się wzmógł kierunek ścisłych badań anatomicznych, zanim wynaleziono wziernik oczny, można było zastosować do nauki o jaskrze słowa Bacona werulamskiego wypowiedziane o nauce swojego czasu: „Taka, jaką ta nauka była, rozporządzając środkami jakie miała, niezdolną była do wynalezienia nowych rzeczy“. (Bamberger, *Ueber Bacon von Verulam vom medic. Standpunkte*, 1865). Lecz z początkiem drugiéj połowy tego wieku istotnie nowe dla okulistyki nastały czasy, nowe wynaleziono drogi i nowe sposoby badania. Za pomocą wynalazku Helmholtza zbadał Edward Jaeger szczegóły dna oka jaskrą dotkniętego, Henryk Müller szukając zmian anatomicznych dopatrzył się zagłębienia tarczy nerwu wzrokowego, a Graefe, którego w ocenianiu patologicznéj semiotyki jaskry, pod niejednym względem uprzedził Mackenzie (1844), uczeń Beera, zwrócił uwagę na doniosłość podwyższonego ucisku śródocznego w jaskrze. Istotę jaskry zapalnéj, tak uczy Graefe, stanowi podwyższenie ucisku śródocznego, skutkiem czego oko twardszém, a często tak twardém jak kamień się staje. Należyte ocenienie tego jednego objawu zmieniło naukę o jaskrze, i wystarczyło, aby wytłumaczyć wszystkie i najdrobniejsze zmiany chorobowe, które w przebiegu téj choroby występują. Teraz jasną stało się rzeczą, dla czego są rozszerzone przodkowe żyły rzęskowe,

dla czego rogówka jest nieczułą, tęczówka porażoną a przodkowa komórka płytką, dla czego tętnica siatkówkowa tętni, pole widzenia jest ścieśnione a tarcza nerwu wzrokowego wydrążoną. Kiedy wreszcie Donders wykazał, że przynajmniéj przemijająco także w przypadkach jaskry prostéj ucisk śródoczny jest podwyższony, nie ulegało już najmniejszéj wątpliwości, że ten wybitny objaw podwyższonego ucisku śródocznego nietylko stanowi istotę jaskry zapalnéj lecz także i prostéj jaskry.

A teraz nasunęło się inne pytanie. Skutkiem jakich to przyczyn powstaje podwyższenie ucisku śródocznego? W któréj części oka rozpoczynają się zmiany chorobowe, które tak szkodliwie działają na przyrząd wzrokowy? jaka jest pierwsza zmian tych przyczyna? Chcąc zaś na te pytania odpowiedzieć znaleźli się uczeni na gruncie teoryj jaskrowych.

Najbystrzejsze umysły, uczeni którym ludzkość za ich wielkie zasługi po wszystkie czasy wdzięczną zachowa pamięć, usiłowali odpowiedzieć na te pytania. Zdobycze naukowe na tém polu zebrane zbliżyły nas do upragnionego celu, lecz pomimo to takiéj teoryi, któraby z jednéj przyczyny wszystkie przypadki jaskry tłumaczyła, dotąd nie mamy. Zdaje mi się, co wreszcie wyniknie z dalszego toku wykładu, że się trzeba będzie oswoić z tą myślą, że w późniejszym swoim przebiegu chorobowym bardzo nawet do siebie podobne przypadki jaskry w pierwszych początkach i przyczynach swoich mogą być zupełnie od siebie różnemi chorobami.

Teoryje, które w podwyższonym ucisku śródocznym widzą istotę jaskry nazywamy uciskowemi. Do tych teoryj przyznają się prawie wszyscy okuliści świata. Wyjątek stanowią Edward Jaeger i Mauthner. O zapatrywaniach tych okulistów późniéj mówić będę. Wracam do teoryj uciskowych.

Treść gałki ocznéj jest niemal płynną a otacza ją elastyczna błona. Do oka za życia ciecze przypływają i odpływają. Aby się hydrostatyczna równowaga utrzymała, konieczną jest rzeczą, aby ilość cieczy przypływających równała się ilości cieczy odpływających. Jeżeli więcéj przypływa niż w stanie fizyjologicznym a tyle tylko odpływa, jak w stanie prawidłowym wtedy przybywa treści, jéj parcie na wewnętrzną ścianę gałki ocznéj wzmaga się, a oko staje się twardszém. Otóż w zwiększonym przypływie widzimy jednę przyczynę podwyższenia ucisku śródocznego. Z drugiej strony trzeba przyznać, że jeżeli przypływ jest prawidłowy, lecz dla jakich przyczyn chorobowych ciecze w mniejszéj ilości z oka odpływają, także skutkiem tego utrudnienia odpływu oko twardszém stać się może. Stosując się do tych prostych zasad można teoryje uciskowe podzielić na takie, które przyczynę podwyższonego ucisku śródocznego widzą w zwiększonym przypływie i na takie, które ją w utrudnionym odpływie upatrują. Do pierwszych teoryj należą teoryje Graefego i Dondersa.

W roku 1857 napisał Graefe pracę o jaskrze, w któréj zaleca wykonanie irydektomii celem obniżenia ucisku śródocznego. W téj saméj pracy ogłasza Graefe swoje zapatrywania co do przyczyn podwyższenia ucisku śródocznego — swoją teoryję jaskry. Jaskra z a p a l n a jest surowiczém zapaleniem naczyniówki. W stanie zapalenia wydziela naczyniówka większą ilość wydzieliny surowiczéj, która się dostaje do ciałka szklanego. Skutkiem powiększenia jego objętości powstaje podwyższenie ucisku śródocznego a dalsze szkodliwe skutki tegoż są nam już znane. Za takiém zapaleniem surowiczém naczyniówki przemawiały: analogija z zapaleniem surowiczém tęczówki, równoczesne występowanie objawów zapalnych, przekrwienie dna oka i nastrzykanie rzęskowe, a wreszcie zaćmienie ciałka szklanego. Przeciwko téj teoryi przemawiają jednak ważne spostrzeżenia. Naprzód nie można we wczesnych okresach téj choroby wykazać zmian anatomicznych w naczyniówce, któreby skutkiem zapalenia powstać powinny. Zarzut ten Graefe odparł skutecznie w późniejszéj pracy, gdyż wykazał, że po surowiczém zapaleniu tęczówki, którego istnieniu nikt zaprzeczyć nie może, także widoczne zmiany anatomiczne nie pozostają. Grubsze zmiany anatomiczne pozostają tylko po plastyczném zapaleniu tęczówki i naczyniówki. Jakżeż atoli wytłumaczyć powstanie jaskry prostéj? Tam nie ma objawów zapalnych, ciałko szklane jest czyste a z objawów przeważają wydrążenie tarczy nerwu wzrokowego i upośledzenie funkcyi. Graefe i ten zarzut odeprzeć się stara (*Archiv*, 1862). Wspomina, że w największéj liczbie przypadków jaskry prostéj można od czasu do czasu wykazać lekkie objawy zapalne, zaćmienie ciałka szklanego, mierne bóle w gałce ocznéj i sądzi, że „zapewne we wszystkich przypadkach możnaby takie przemijające wykazać zapalenie“. Dalsze atoli spostrzeganie pouczyło, że wprawdzie od czasu do czasu ucisk śródoczny w tych przypadkach jaskry bywa podwyższony, lecz że objawów zapalenia w wielu przypadkach spostrzeganych bardzo dokładnie aż do wytworzenia się wydrążenia tarczy nerwu wzrokowego i utraty wzroku wykazać nie można było. Tak więc widzimy, że teoryja Graefego ostać się nie może. Dodać wreszcie muszę, że jeszcze jedno bardzo ważne spostrzeżenie przemawia przeciwko teoryi zapalnéj. L. Rydel w pracy swojéj o jaskrze ogłoszonéj w sprawozdaniu z kliniki wiedeńskiéj (1867, str. 140) przytacza następujące spostrzeżenie: Chorą operowano na lewém oku z powodu jaskry, prawe zaś było prawidłowe. Piętnastego dnia po operacyi skłoniły prof. Rydla podmiotowe objawy jaskry na oku prawém do powtórnego badania tegoż oka. Znalazł on oko twarde jak kamień, a ciałko szklane czyste. Późniéj dopiero wystąpiły objawy gwałtownego ostrego zapalenia. Podwyższenie ucisku śródocznego wystąpiło więc naprzód a dopiero późniéj objawy zapalenia. To jedno spostrzeżenie wystarczyłoby, aby zachwiać teoryję, która w zapaleniu naczyniówki widzi przyczynę jaskry. Raczéjby bowiem sądzić należało, że zapalenie jest skutkiem podwyższonego ucisku śródocznego niż odwrotnie. I to spostrzeżenie niejednokrotnie stwierdzone (Donders) przemawia przeciw teoryi zapalnéj. Lecz chociaż teoryja Graefego powstania wszystkich przypadków jaskry nam nie wytłumaczy, zabiegi jego nie były bezowocne. Od roku 1857, w którym Graefe, jak już wspomniałem, zalecił wykonywanie irydektomii jako środka, który obniża ucisk śródoczny, jaskra, o któréj w 23 tezie pracy swojéj o chorobach naczyniówki, przedłożonéj francuskiéj Akademii nauk twierdzi Sichel (*Annales d'oculistique*, t. VIII) „że nieznany jest ani jeden przypadek uleczenia téj choroby“, stała się uleczną. (C. d. n.)

III. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od r. 1879 do 1882.

Podał Dr. Emanuel Rosenblatt.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 6).

c) W b ł o n i c y.

1) Andrzéj Kordzik, chłopiec $1\frac{1}{2}$ roczny, dość dobrze od-

żywiony, przyjęty do szpitala 6 września 1879 z błonicą przełyku. Wyraz twarzy zdradza przytłumienie, chory wpół-przytomny, z nosa wypływa ciecz surowiczo-żółta, brudna, na obu migdałkach, języczku i połyku szaro-brudno rozpływająca się wypocina, zniszczenia pod nią powierzchowne-gruczoły podszczękowe ostro obrzękłe, śledziona powiększona, ciepłota 39·9, mocz zawiera ślad białka. Przebieg błonicy do 12go września nie przedstawia nic nadzwyczajnego, 12go obok ciepłoty 39·5°C. silne drgawki ogólne dwugodzinne, po których nastąpił zapad. Wśród objawów ogólnego osłabienia, ledwo wyczuwalnego tętna, płytkiego bardzo przyspieszonego oddechu nastąpiła śmierć 13 września o godzinie 10 rano. Zmian w narządach klatki piersiowéj do ostatniéj chwili nie zauważono. Sekcyja wykonana 14go września wykazała: Rozległe zniszczenia błonicowe w połyku i gębie, obrzęk ostry gruczołów podszczękowych, obrzęk ostry śledziony, ostre tłuszczowe zwyrodnienie nerek.

2) Ludwik Grzymek, chłopiec 3-letni, dobrze odżywiony, przyjęty 2 kwietnia 1879. — Twarz zaczerwieniona, senność, zgrzytanie zębami; na obu migdałkach od strony wewnętrznéj rozległe wrzody, pokryte szarą, ropiasto włóknistą wypociną, gruczoły podszczękowe obrzękłe. Wieczorem ciepłota 39·2, bezprzytomność, z nosa wycieka ciecz ropna, sine zabarwienie lic, charczenie; w płucach zmian wykazać nie można. Po północy drgawki, które ograniczyły się do jednego napadu, i trwały przeszło godzinę. 3go kwietnia nad ranem śmierć. Sekcyi nie było.

3) Bolesława Grzesikowska, dziewczyna 4-letnia, dość dobrze odżywiona, przyjęta 7go lutego 1879. Po za uchem lewém ranki po pijawkach, zaczerwienienie skóry, bardzo znaczny obrzęk gruczołów podszczękowych. Połyk a w szczególności migdałek lewy obrzmiały, pokryty wrzodem błonicowym, na którym prócz wypociny widać skrzepy krwi. Chora przytomna, w organach wewnętrznych zmian nie ma. 8go ciepłota ranna 37·1°C., tętno adynamiczne, wieczorem ciepłota 39·3°C., dwa napady drgawek ogólnych po użyciu kwasu borowego 2 procentowego. Wśród ogólnego zapadu śmierć 9 lutego o g. 3 rano. Sekcyja wykonana 10 lutego 1879 wykazała: *Diphtheritis palati mollis et tonsillarum, nephritis parenchymatosa acuta, catarrh. chronicus intestini.* Istota korowa mózgu na rozkroju ciemniéj zabarwiona, wyraźniéj od białéj odgraniczona, w téj ostatniéj dość liczne drobne kropki ciemnoczerwone, tu i owdzie jednostajne różowe zabarwienie.

4) Maryja Kościelna, dziewczyna 2-letnia, źle odżywiona, przyjęta 27 maja 1881 z nieżytem przewłocznym jelit, wypadnięciem kiszki odchodowéj, zapaleniem płuca prawego i obrzękiem śledziony. Krzywica dość znacznego stopnia. 18 czerwca występuje gorączka ponownie c. 38·8°C., w pasze lewéj wypuk bębenkowy, 20/6 ciepłota ranna 39·3°C., szarawy nalot na migdale prawym. 21 pokłady błonicowe na obydwu migdałach, gruczoły podszczękowe nieobrzękłe, 23go objawy duszności, sinica c. 40·1°C. wieczorem silny napad drgawek ogólnych, wśród których o godzinie 8méj śmierć. Sekcyja 25 czerwca: *Laryngitis membranacea, atelectasis et bronchitis diffusa, Catarrhus chronicus coli, prolapsus mucosae recti, degeneratio hepatis parenchymatosa acuta, tumor lienis chronicus.*

5) Maryja Hajdecka, dziewczyna 1 $^1/_2$-roczna, miernie odżywiona, przyjęta 23 lipca 1881 r. Zez zbieżny, obrzęk okolicy podszczękowéj, na łukach podniebiennych wypocina błoniasta, szaro-żółta. Nieżyt oskrzeli, rozwolnienie częste. 24/7 c. r. 38·5°C., upadek sił, drgawki mięśni twarzy i odnóg kilka godzin trwające. W stanie prawie konającym zabrana przez rodziców.

We wszystkich 5ciu przypadkach wystąpiły drgawki dopiero wtedy, gdy błonica była już rozwiniętą a nawet można powiedzieć, jako objaw przedśmiertny, dla tego pod względem tłumaczenia ich, zarówno uważać je można jako wywołane bezpośrednio w skutek zadrażnienia ośrodków przez krew w jad błonicy właściwy obfitującą, jak téż za następstwo zatrucia kwasem węglowym w skutek mechanicznie utrudnionego oddechania, zatém jako drgawki śród duszenia się występujące. Zależy to tylko od tego, z jakiego stanowiska na błonicę samą się zapatrujemy, t. j. czy uważamy ją jako chorobę pierwotnie miejscową z następowém dopiero zakażeniem organizmu, czy téż jako chorobę ogólną z umiejscowieniem przeważnie na błonie śluzowéj przełyku. Pod względem postaci, czasu trwania, częstości napadów, nie przedstawiały drgawki w wyżéj opisanych przypadkach nic nadzwyczajnego, wystąpiły zawsze obok ciepłoty wysokiéj; w przypadku 3cim po zasypaniu proszkiem, przyczém dziecko się szamotało i było niespokojne, — przypadek ten przedstawia jeszcze możność tłumaczenia drgawek na drodze odruchu. Przebieg błonicy był złośliwy, 4 przypadki zakończyły się śmiercią, a w 5tym zabrano dziecię ze szpitala w stanie konającym. Sekcyję tylko w 3ch przypadkach można było wykonać, a jedynie w przypadku 3cim znaleziono mierne przekrwienie istoty mózgowéj.

d) W m o c z n i c y.

1) Tekla Brożkówna, dziewczyna 6-letnia, dość dobrze odżywiona, przyjęta do szpitala 29 grudnia 1879 z kokluszem. Stan bezgorączkowy, mierny obrzęk powiek, zaczerwienienie spojówek, nos zapchany strupami z krwi skrzepłéj, na więzadełku językowém wrzodzik, w płucach zwłaszcza częściach górnych liczne rzężenia i furczenia. Napady kokluszowe silne, w wydzielinie oskrzelowéj liczne żyłki krwi. Mocz białka nie zawiera. Napadów krztuścowych dziennie 12 do 16; badanie drobnowidowe wydzieliny okazało obok śluzu, komórek przybłonkowych, ciałek krwi, barwika krwi i znacznéj ilości indykanu, także i o b e c n o ś ć s w o i s t y c h g r z y b k ó w p r z e z T s c h a m e r a o p i s a n y c h w postaci swéj dość charakterystycznéj; 2go lutego 1880 wymioty, ból głowy i brzucha, ciepłota 39·1. W pasze lewéj krótszy nieco odgłos wypukowy. Mocz wysycony zawiera znaczną bardzo ilość białka, chlorki zmniejszone, w osadzie ciałka ropy dość liczne, ciałka krwi częste, łuski przybłonkowe i wałeczki Belliniego częste. 3go kaszel krótki, napady krztuścowe rzadkie, zaostrzenie oddechu w płucu lewém, c. r. 38·8. 5go nudności, wymioty, moczu ilość skąpa, c. r. 38·6, c. w. 39·2. W obydwu płucach rzężenie świszczące zwłaszcza w lewém, obrzęk surowiczy twarzy znaczniejszy. 12go gorączka ustępuje, rzężenia w płucu lewém się utrzymują, stłumienie wypuku również. Moczu ilość zawsze jeszcze mała; jest on mętny, ciemny, zawiera wiele białka. 13go rozwolnienie, wymioty zielone, krwotok z nosa. Mocz zawiera krew prawie czystą w znacznéj ilości; od 14go do 19go codziennie wymioty kilkakrotnie, brak apetytu, bóle głowy, mierna ilość moczu. 19go c. r. 38·5. W dolnym płacie płuca prawego liczne drobne trzeszczenia. Obrzęk surowiczy odnóg dolnych. W moczu jeszcze znaczna ilość krwi i białka. 22go bladość twarzy, cera zmieniona, źrenice rozszerzone, w nocy napad drgawek, które rozpoczęły się od wykrzywiania twarzy, objęły kolejno mięśnie głowy, kla-

tki piersiowéj, przepony i odnóg górnych; chora była nieprzytomną, c. 38·3°. Podczas wizyty rannéj ciepłota 37·2°, chora leży apatycznie, oddech nieregularny charczący, ruchy serca przyspieszone, tętno nikłe, porażeń nie ma. Moczu przez 24 godzin zaledwo 60 cm. sz., 23go drgawki się powtórzyły; 24go rano o godzinie 2éj śmierć. Sekcyja 25 lutego: Zapalenie serowate płuca lewego i części prawego, puchlina płuca prawego; zapalenie nerek krwotokowe, stłuszczenie wątroby, śledziona pozimnicza, puchlina odnóg dolnych, niedokrewność ogólna.

2) Wiktoryja Eklówna, dziewczyna 5-letnia, dosyć dobrze odżywiona, przyjęta 5 sierpnia 1880; obrzęk surowiczy tkanki podskórnéj zwłaszcza na odnogach dolnych. Przyrządy klatki piersiowéj prawidłowe, mierna ilość płynu wolnego w jamie brzusznéj. Mocz cisy, mętny, w ilości małéj oddany zawiera znaczną ilość białka; w osadzie obok obfitych wałeczków tak szklistych jak i ziarnistych, ciałka krwi i przybłonka zrzadka. Stan bezgorączkowy. 12go mierna ilość białka. Płyn wolny w dolnéj części klatki piersiowéj. 13go moczu ilość bardzo skąpa; obrzęk twarzy znaczniejszy. Po południu boleści w okolicy serca, wymioty, zgrzytanie zębami, duszność, niepokój i rzucanie się, charczenie, rozszerzenie i leniwa reakcyja źrenic, drgawki kloniczne ogólne i toniczne mięśni stosu pacierzowego, powtarzające się po krótkich przestankach. 14go o godzinie 1éj rano śmierć. Sekcyja 15go sierpnia: *Nephritis parenchymatosa subs. hydrope universali (Hydrothorax. Atelectasis dissem. pulmonum). Hyperaemia et oedema mucosae pharyngis. Tumor lienis chronic. Hydrocephalus ventriculorum lateralium.*

3) Stanisław Wieczorek, chłopiec 8-letni, miernie odżywiony, przyjęty 6 października 1880. Poniżéj ucha lewego znaczny obrzęk gruczołów i tkanki okołogruczołowéj, twardy, pokryty skórą zaczerwienioną, gorącą i bolesną. W obu jamach opłucnowych i w jamie brzusznéj płyn wolny. Szmer anemiczny przy pierwszym tonie serca. Mocz zawiera obfitą ilość białka, w osadzie wałeczki przejrzyste oraz krew i ropę. Łuszczenie przyskórka, obrzęk surowiczy skóry. Stan prawie bezgorączkowy, ciepłota 37·6°. 13go wymioty, chory skarży się na zawrót głowy, tętno 78, c. r. 37·0° moczu ilość skąpa, mocz ciemny, mętny. W południe drgawki mięśni twarzy, gałek ocznych, późniéj ogólne, trwające bez przerwy około 2ch godzin. Utrata przytomności zupełna. 14go przytomny, c. r. 38·8, rzężenia drobne w płucu prawém. Żali się na ból głowy i zawroty. Źrenice szerokie, brak łaknienia, moczu nader mała ilość. 15go w nocy drgawki. Rano ciepłota 39.6, chory półprzytomny, niespokojny, twarz blada, usta pianą pokryte, źrenice szerokie, zadyszka, arytmia serca, tętno nikłe. Wieczorem drgawki ogólne. 16go o godzinie 4éj śmierć. Sekcyja 18go października: *Laryngitis crouposa, bronchopneumonia bilateralis, nephritis parenchymatosa acuta. Emollitio disseminata cerebri.*

4) Jędrzéj Marek, chłopiec 11-letni, miernie odżywiony przyjęty 6go maja 1880. Obrzęk ogólny skóry, łuszczenie przyskórka, nieznaczny nieżyt oskrzeli, tony serca głuche, w brzuchu mierna ilość płynu wolnego, śledziona znacznie powiększona, bolesna za dotykiem. Mocz ciemno cisy, zawiera białko w znacznéj ilości, w osadzie stwierdzono wałeczki Belliniego i krew. Stan bezgorączkowy. 11go maja dreszcze, wymioty, mocz ciemniejszy, ilość jego znacznie mniejsza, c. 38·6. Po wstrzykiwaniach pilokarpinu stan znów się poprawił. 15go wymioty częste, obrzęk surowiczy się wzmaga, niespokój, duszność, ból głowy i brzucha, rozwolnienie. 16go śpiączka, nudności, wymioty, tętno przyspieszone, nikłe, ciepłota prawidłowa, oddech powierzchowny, duszność się wzmaga, moczu ilość skąpa. Wieczorem i w nocy kilkakrotne drgawki czas dłuższy trwające, chory nieprzytomny, nie czuje i nie oddziaływa na bodźce zewnętrzne, źrenice szerokie, skóra chłodna, ruchy serca tumultuarne, tętno prawie nie macalne. W moczu wiele krwi. Charczenie w tchawicy, 17go nad ranem śmierć w zapadzie. Sekcyja 19 maja: *Nephritis parenchymatosa chronica. Pneumonia lobularis dextra, oedema pulmonis utriusque. Hydrops universalis. Tumor lienis chronicus. Haemorrhagia corticis sinistrae hemisphaerae circa scissuram longit., magnitudin. nucis. turcic.* (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. L. Feigel (we Lwowie): **Podręcznik medycyny sądowéj, na podstawie dzieł E. Hofmanna, J. Maschki i własnego doświadczenia, z 7 drzeworytami.** Lwów 1883 r., nakładem własnym, in 8vo, V i 443.

Przystępując do ocenienia książki, któréj tytuł podaliśmy, mamy przed sobą zadanie łatwe, skoro szan. autor otwarcie przyznaje, że praca jego nie jest oryginalną. Wolelibyśmy wprawdzie, aby lekarz tak doświadczony, jak Dr. F., napisał był podręcznik oryginalny albo tłumaczył jedno z lepszych dzieł; wszakże i pierwsze dzieło sądowolek. polskie było tłumaczoném z niemieckiego, a prof. wileński Mik. Mianowski nie tylko nie wahał się przyznać, że pomimo licznych zmian, które uskutecznił, praca jego nie przestała być prostym przekładem, ale nawet tłumaczenie to za nie małą poczytał sobie zasługę.

Musimy jednak liczyć się z faktem dokonanym a byłoby rzeczą niesprawiedliwą, gdybyśmy nie uznali pilności i pracowitości, któréj złożył dowody kol. F. wygotowawszy podręcznik, który rzeczywiście był potrzebnym. Jeżeli uwzględnimy, jak nielicznym jest poczet książek fachowych, pojawiających się u nas, z jakiemi trudnościami piszący ma do walczenia, i jak niewdzięczną praca taka bywa, niepodobna autorowi odmówić uznania, że nie szczędził czasu, trudu i wydatków, aby spełnić swój obowiązek.

Rozchodzi się tylko o sprawdzenie, jak autor wywiązał się z swego zadania, czy opierając się na dziełach Hofmanna, Maschki i innych zestawił dobrze materyjał obfity i czy go ułożył w sposób korzystny dla czytelnika?

Przeczytawszy książkę uważnie i posiadając niejaką znajomość literatury mamy prawo do wydania sądu, że autor z tego zadania wywiązał się dobrze. Umiał on wybrać z piśmiennictwa co najlepsze i zestawić poszczególne działy na podstawie prac autorów najlepszych, skutkiem czego podręcznik jego jednoczy w sobie zalety, przyznane poszczególnym celniejszym autorom. Nie ulega wątpliwości, że obecnie książka Hofmanna trzyma prym pomiędzy dziełami sądowolekarskiemi; to téż Dr. F. głównie za tym idzie autorem, trzymając się w wielkiéj części wiernie jego podziału i układu szczególnych ustępów; niektóre działy, jak o dziejach medycyny sądowéj, sposobie wykonywania oględzin pośmiertnych, ocenianiu blizn, badaniu plam krwawych zestawił według zbiorowego dzieła Maschki (a względnie według Janovskiego, Eulenberga, Weila, Dragendorffa), inne według dzieła Schauensteina (o badaniu kości, śladów stóp, o uchybieniach lekarskich). Gdy więc wybór dzieł był trafny a zestawienie dobre, słusznie przyznać należy, że podręcznik, tak jak autor jego zamierzył, podaje

w sposób wyczerpujący stan obecny nauki. Ze swéj strony autor dodał jeszcze biblijografiję sądowolekarską polską (str. 12—21) i rzecz o zbadaniu wątpliwego stanu zdrowia (str. 58—71). Z 7 rycin, mieszczących się w książce, 4 wzięte są z dzieła Hofmanna a 1 z dzieła Maschki.

Ujemną stronę książki stanowi brak psychijatryi sądowéj i nowszego prawodawstwa karnego. Bez pierwszéj podręcznik nie jest całością, bo nabywający go oglądać się musi za innym podręcznikiem. Autor nie opracował tego działu najważniejszego przez wzgląd na ogłoszoną w r. 1879 psychopatologiję sądową Dra Rothego, do któréj też czytelnika odsyła; ale mógł był uzyskać miejsce potrzebne dla tego działu, gdyby nie był umieścił rozdziału o chorobach udawanych, nad którym najlepsze dzieła nowsze jako nad zbytecznym przechodzą do porządku dziennego. Poprzestając zaś na podaniu przepisów obowięzującego kodeksu karnego austr., nie zastósował autor podręcznika swego do potrzeb lekarzy i prawników nieaustryjackich; jeżeli zaś sądzi, że „przy znajomości zasad nauki medycyny sądowéj takowa da się z łatwością zastósować do innych prawodawstw,“ to jednak wiele na tém zależy, aby lekarz umiał stósować się do przepisów prawa, na podstawie których orzeka, aby znał ducha ustawy a głównie różnice, jakie zachodzą między ustawą austr., któréj dni od dawna są policzone, a prawodawstwem nowszém, które niezadługo i u nas obowiązywać będzie; a że zadanie to nie jest zbyt łatwe, dowodzi okoliczność, że sam autor nie jest jasnym w określaniu uszkodzenia, które ma być ciężkiém „samo przez się“ (str. 191, 201, 254 i 269).

Następnie spotkaliśmy się z kilkoma błędami, które prostować musimy. W części historycznéj autor nie dobrze tłumaczy wyrazy *„Gesetzbuch Manu's“* przez „księga prawodawcza Manus“ (str. 7), bo prawodawca ten nazywał się Manu, *„Nordisches Recht“* tłumaczyprzez „prawo normandzkie“ (zam. północno-giermańskie); *„Carolina“* niewłaściwie tłumaczy przez „prawo karolińskie,“ bo ustawy nie ogłosiła Karolina, lecz Karol V; wielkie i wiekopomne dzieło Pareusza nazywa mylnie „rozprawą o ranach;“ dzieło Fedelego nie wyszło w r. 1691, lecz w r. 1602. W części biblijograficznéj rozprawę Mierzejewskiego (str. 13) zalicza do prac oryginalnych polskich, podczas gdy ona ukazała się w języku rosyjskim a tłumaczoną została w *Gaz. Lek.* przez Złobikowskiego; rzecz o uszkodzeniach oka Arlta, tłumaczoną na język polski przez Dra Buszka, poczytuje za oryginalną pracę ostatniego i stawia ją obok pierwszéj (str. 16 i 255); niemca Keckeisa zalicza do autorów polskich (str. 18).—Że ucisk nawet mierny na n. błędny przyspiesza u powieszonych wystąpienie bezprzytomności, twierdzi autor stanowczo (str. 321); wszakże Hofmann, za którym idzie, przypuszcza (tylko możebność, a doświadczenia Tamassii i tę ostatnią wykluczają. — Zresztą przyznać musimy, że błędów co do przedmiotu samego nigdzie nie napotkaliśmy; co najwięcéj uderza zbyt pobieżna wzmianka o alkaloidach trupich, których nazwa nawet nie jest wymienioną.

W podręczniku, przeznaczonym dla młodzieży uniwersyteckiéj, poprawność dat i nazwisk jest konieczną; dlatego żałujemy, że autor nie sprostował błędów, zapewne drukarskich, jak: Pyls i Szwammerdamm (str. 10), Rombert (2 razy str. 61 i 62, zapewne zam. Romberg), Smidt (67), Tomasia (416).

Język jest nienajgorszy; razi tylko nadużywanie konstrukcyi biernéj oraz końcówek ywać i uje (np. zajmywać, znajdywać, postępywać, a ztąd postępywanie; wykonuje, porównuje itd.); niestósownemi są niektóre wyrażenia, jak np.: gnicie powoduje (39, zam. sprawia, wywołuje), przyjąwszy zam. przypuściwszy, zapoznanie ciąży (129, zam. nierozpoznanie), przesypanie ziemią (206, zam. zasypanie); błędnemi: brak sutek (87, 261), dowodzi to udawanie (68), rozpoczynamy próbą, zwierzę doświadczalne, osądzanie kości, sposób pojedynczszy; wreszcie niestósownie autor nazywa szankier wiewiórem (105).

Usterki te nie szpecą książki w sposób uderzający, tak że pomimo braku wyżéj wspomnionego podręcznik Dra F. polecić możemy jako celowi swemu odpowiadający.

L. Blumenstok.

Prof. W. Filehne (w Erlandze): **Kairyn nowy lek obniżający ciepłotę.**

Dr. O. Fischer w Monachijum otrzymał alkaloid pochodzący z chinolinu, który nazwał kairynem.

Alkaloid ten tworzy z kwasem chlorowodowym sól krystaliczną, szarawo-białą, z odcieniem żółtym, w postaci drobnego proszku. Sól ta jest łatwo we wodzie rozpuszczalną, ma smak słonawo gorzki, nieco aromatyczny.

1,0 do 1,50 grama téj soli nie wywołuje żadnych skutków u ludzi zdrowych, nie ma ani wpływu na ciepłotę ani nie sprawia bólu głowy, dzwonienia w uszach, wymiotów itp.

U dorosłych chorych, mocno osłabionych nie należy przekraczać dawki 1,00 co dwie godziny, bo w przeciwnym razie występuje dość często sinica. Autor poleca szczególniéj podawać chorym gorączkującym dorosłym (z dziećmi nie robił doświadczeń) 0,30—0,50 grama, co 1—1$\frac{1}{2}$ godziny. Jeżeli konstytucyja chorego wymaga mniejszych jeszcze dawek, to można je podawać, ale za to częściéj. Działanie bowiem 1,00 nie trwa nigdy dłużéj nad 3 godziny, działanie zaś 0,50 najdłużéj 9 kwadransów. Jeżeli działanie tego leku już ustaje, ciepłota się podnosi pośród dreszczyków, a niekiedy nawet gwałtownych dreszczów jak w zimnicy. Co do działania kairynu na ciepłotę u gorączkujących, to rzecz się tak ma: Dawki niżéj 0,30, jednorazowo podane, nie mają prawie żadnego wpływu na ciepłotę. Jednorazowa dawka od 0,50 do 1,00 wywołuje już znaczne obniżenie ciepłoty u gorączkujących, dochodzące od 0,50 do 2,0°C. i wyżéj. Jeżeli się taką samą dawkę poda przed ustaniem działania pierwszéj dawki, to ciepłota jeszcze więcéj opada. Tym sposobem w pewnych odpowiednich ustępach czasu znaczniejsze dawki (0,50—1,00) obniżają ciepłotę aż do prawidła, a niekiedy nawet poniżéj niewywołując przytém żadnych ubocznych niemiłych objawów. Mimo jak najenergiczniejszego podawania kairynu nie udało się nigdy autorowi obniżyć ciepłoty niżéj 37,0—36,5. Działanie dawki 0,50—1,00 rozpoczyna się już w 25 minut po podaniu *per os* (autor nie robił doświadczeń ze wstrzykiwaniami podskórnemi lub z enemami). Spadek ciepłoty podwyższonéj jest tém raptowniejszy, im większą jest podana dawka. W każdym przypadku następowało obniżenie ciepłoty pośród mocnych potów. Poty te obfite trwają tylko do chwili opadadania ciepłoty. Skoro ciepłota już opadnie do minimum, wywołanego przez kairyn, poty ustają, a ciepłota ta ostateczna da się utrzymać już stale jednakowo (bez dalszych potów), jeżeli się daléj podaje w odpowiednich ustępach kairyn. To zachowanie się, że poty ustają, skoro się ciepłota już ustali, wykazuje, zdaniem autora, że pierwszym objawem działania kairynu jest obniżenie ciepłoty, a następo-

wym dopiero pocenie się. Już w czasie potów, a szczególniéj, gdy się już ciepłota ustaliła, czują się chorzy podmiotowo zupełnie dobrze. Dotyczy to szczególniéj chorych na zapalenie płuc krupowe. Niska, prawie prawidłowa ciepłota, prawidłowe tętno, zmniejszona ilość oddechów, zmniejszenie się kłucia w piersiach, sprawia na tych chorych wrażenie, jakoby już prawie zupełnie wyzdrowieli. Skoro jednak tylko środek ten po krótkiém podawaniu przestanie się daléj stósować, to znów po upływie 2—3½ godziny wszystko powraca do dawnego stanu i pośród dreszczów ciepłota znów się podnosi do maximum odpowiedniego chorobie i jéj okresowi. Jedynie tylko u chorych na zapalenie płuc krupowe uważał autor, że po podawaniu metodyczném przez 15 do 24 godzin kairynu, mimo zaprzestania dalszego stósowania tego leku, widoczném było jeszcze wybitne działanie przez czas dłuższy. Zresztą śród podawania w sposób odpowiedni kairynu można chorych z zapaleniem płuc krupowém utrzymać częstokroć przez cały ciąg choroby w ciepłocie prawidłowéj, albo mało co podwyższonéj. Czy kairyn jest może dla zapalenia płuc krupowego lekiem swoistym, o tém muszą rozstrzygnąć dopiero dalsze doświadczenia.

Mocz skutkiem podawania kairynu przyjmuje zabarwienie ciemno-zielone. Białko lub cukier ani razu nie wystąpiły. Uciążliwą jest rzeczą dla chorych i dla osób pielęgnujących tylko to, że trzeba koniecznie dzień i noc podawać choremu przynajmniéj co 2½ godziny proszek, w przeciwnym bowiem zaraz występuje niemiły bardzo dreszcz, i podnoszenie się ciepłoty. Autor chcąc zapobiedz téj niedogodności używał dwóch sposobów. Albo przez odpowiednie zaniechanie leku tego dreszcz wywoływał w czasie, kiedy w biegu prawidłowym ciepłoty przypadała najwyższa remisyja, bo czém niższa ciepłota, do któréj chory pośród dreszczów dochodzi, tém mniejsze, i krócéj trwające te dreszcze. W tym celu podaje się lek wspomniany aż do 1széj lub 2giéj po północy. Lub też starał się o powolne podnoszenie się wieczornéj ciepłoty, a to przez systematyczne zmniejszanie dawek ku wieczorowi. I tak np. o godz. 8méj wieczór podał 0,50, o 9téj, 10téj i 11stéj (względnie o 12éj i 1széj jeżeli zmniejszać późniéj zaczęto) po 0·25, bo i tutaj znów czém mniejszą była różnica między maximum ciepłoty, odpowiadającéj obecnéj chwili choroby, a maximum obniżenia jéj pod działaniem kairynu, tém dreszczyki były słabsze i krócéj trwające. Czy kairyn jest także skutecznym środkiem przeciw zimnicy, to muszą dopiero dalsze doświadczenia rozstrzygnąć. W każdym razie zdaje się autorowi, że kairyn będzie dla szczupłéj skarbnicy naszych leków bardzo ważnym nabytkiem, obniża on bowiem zawsze wybitnie ciepłotę w stanie gorączkowym, a nawet częstokroć usuwa zupełnie cały zbiór objawów, który obejmujemy wyrazem „gorączka.“ W każdym razie autor zastrzega sobie dalsze badania, które późniéj ogłosi, i donosi, że środek ten ukaże się wkrótce w handlu, a to wyrabiany przez pp. Meistera, Luciusa i Brüninga w Höchst. Wtedy, ma nadzieję autor, koledzy będą mogli poddać krytyce ten nowy środek i po liczniejszych doświadczeniach i spostrzeżeniach wydać sąd o jego wartości. (*Berl. klin. Wochenschrift* Nr. 45, 1882). *Dr. Kopff.*

Aufrecht (w Magdeburgu): Dyfteryja błony śluzowéj pęcherza moczowego bez zakażenia od zewnątrz.

Autor robił doświadczenia dla rozstrzygnięcia pytania, w jakim czasie skutkiem zupełnego zatrzymania odpływu moczu na zewnątrz występują zmiany w nerkach, objawiające się wystąpieniem w moczu wałeczków Belliniégo. W tym celu zakleił dorosłemu, silnemu królikowi, samcowi ujście cewki moczowéj zwykłym plastrem dyjachilowym, tak, że nawet ani kropla moczu nieodchodziła. Po 24 godzinach odjęto plaster. Silnym strumieniem wypłynęło koło 100 cm. sz. moczu mętnego. Mocz ten nie zawierał białka, ale liczne wałeczki. W dwa dni późniéj autor powtórzył doświadczenie. Po 24 godzinach zwierzę oddało 120 cm. sz. moczu mętnego, cuchnącego. W 4 dni znów w powyższy sposób wstrzymano u tego samego królika odpływ moczu. Tym razem znaleziono w moczu ciałka krwi białe i czerwone jakotéż wałeczki, w których widocznemi były moczany. W 4 dni wstrzymano odpływ moczu po raz czwarty na 24 godzin. Mocz wypuszczony w ilości 270 cm. sz. był mętny, oddziaływał obojętnie. Znaleziono w nim ciałka krwi białe i czerwone tudzież nieliczne wałeczki. W moczu odsączonym znajdowała się znaczna ilość białka. Od czasu tego ostatniego doświadczenia zwierzę oddawało tylko mocz, zawierający znaczniejszą ilość śluzu i ropy, a w 3 dni potém żyć przestało. W całości zatém w ciągu dni 10 wstrzymano cztery razy na 24 godzin odpływ moczu z pęcherza.

Badanie pośmiertne wykazało: Znaczna część jelit sklejona wypociną włóknikowo-ropną. Pęcherz moczowy pokryty strzępami takiejże wypociny, o ścianach znacznie zgrubiałych nacieknych. We wnętrzu jego znajduje się mała ilość cieczy, ciągnącéj się, śluzowo-ropnéj. Na błonie śluzowéj i w niéj widać dość liczne miejsca niejednostajnie okrągłe, wielkości 5 do 10 fenigówki, mające wejrzenie szarawobiałe, drążące w wielu miejscach aż do błony surowiczéj pęcherza. Z wejrzenia miejsca te niczém się nie różnią od miejsc dyfterytycznych błony śluzowéj gardła u ludzi. Napletek na prąciu prócz nadżerków na zewnętrznéj stronie nie okazuje żadnych zmian. Cewka moczowa zaledwie zaczerwieniona. W moczowodach i miedniczkach nerkowych zmian żadnych. Badanie drobnowidowe wykazało, że na miejscach pokrytych wypociną błonicową, jakotéż w treści pęcherza znajduje się bardzo wielka ilość ustrojów drobnowidowych. Są to częścią zwykłe *cocci*, częścią różnéj wielkości laseczki. Te ostatnie napotyka się albo pojedynczo albo po dwa, najczęściéj jednak łańcuchowato spojone po kilka lub kilkanaście razem.

Na podstawie tego doświadczenia stwierdza autor że: prątki wywołujące zmiany chorobowe na błonie śluzowéj pęcherza moczowego mogą się rozwinąć, chociaż, jak to dotąd za konieczność uważano, nie wprowadzono je z zewnątrz przez cewkę moczową. Autor wyklucza samoistne wtargnięcie grzybków dyfterytycznych do pęcherza przez cewkę, choćby tylko dla tego, że ani w cewce ani na napletku nie znaleziono zmian żadnych chorobowych. Doświadczenie powyższe w zupełności stwierdza zapatrywania Billrotha, Tiegela i innych, że w ogóle w ustroju zwierzęcym znajdują się grzybki drobnowidowe, które pośród warunków korzystnych, jak np. w tym przypadku, mogą się do tego stopnia rozmnożyć (przyczém może i ulegają pewnym istotnym zmianom), że dają powód do zaburzeń miejscowych lub ogólnych w organizmie. (*Allg. med. Centralzeitung* 1882 Nr. 99). *Dr. Kopff.*

Prof. Friedreich: Przyżeganie łechtaczki jako antihystericum.

W przedostatnim zeszycie archiwu Virchowa (z r. 1882) umieszcza prof. Schultze pracę zmarłego niedawno mistrza swego. Pracę tę poprzedza wspomnienie pośmiertne wyszłe z pod pióra Virchowa, który wymownemi słowy kreśląc bieg

życia swego asystenta, kolegi i przyjaciela daje nam poznać w zmarłym głębokiego myśliciela i rzadkiego obserwatora, dla którego prawda jedynym była celem, nauka osłodą i pocieszycielką w ciężkich życia chwilach. Z têm też większém zajęciem czytamy piękne spostrzeżenia Fr. przedstawione z prostotą i ścisłością, jakiéj najbardziéj może wymaga rozdział patologii objęty tak wieloznaczącym wyrazem macinnictwo.

Fr. wykazując jak różnorodne są czynniki etyjologiczne macinnicy przychodzi do przekonania, że mamy do czynienia głównie ze zboczeniami czynnościowemi całego układu nerwowego, częściéj jednak poszczególnych jego oddziałów. Zmniejszona odporność, łatwiejsza pobudliwość a ztąd i szybsze znużenie przyrządów nerwowych, w obec zadziałania wpływów zewnętrznych cechują głównie tę chorobę. Gdy macinnica tkwi w warunkach odziedziczonych lub w dziecięctwie nabytych, wyniki lecznicze nie bywają zadowalające; daleko lepszych skutków spodziewać się można w tych przypadkach, w których macinnica rozwinęła się skutkiem bladaczki, niedokrewności, zboczeń trawienia itd. szczególniéj zboczeń narzędzi płciowych kobiet.

Fr. omawia następnie samogwałt i w związku z nim będące chorobowe objawy u dziewcząt i kobiet starszych i wykazuje nader częsty związek tych zboczeń z macinnicą w różnych jéj postaciach. Drobiazgowo podane historyje chorób nie nadają się do streszczenia. Napotykamy tu typowe obrazy macinnicy z porażeniem ruchowém odnóg dolnych, napady drgawkowe obok utrzymanéj samowiedzy, w jednym przypadku zupełny bezgłos, hysteroepilepsyję z tężcowym kurczem (7 miesięcy trwającym) w zakresie n. dodatkowego Willisa itd. We wszystkich przypadkach najściślejsze obserwacyje chorych trwały po kilka lub kilkanaście miesięcy, i dopiero po bezskutecznêm leczeniu zwykłemi środkami przeciwmacinniczemi wykonano w pewnych odstępach czasu silne przyżeganie łechtaczki kamieniem piekielnym. W przytoczonych przypadkach, pomimo nawrotów choroby czasem dostrzeżonych, nastąpiło w stosunkowo krótkim czasie doszczętne wyleczenie, nawet w rozpaczliwych postaciach téj proteuszowéj choroby.

Fr. zaleca usilnie powyższy sposób wykazujący „zadziwiające skutki. Pomyślny wpływ już pierwszych przyżegań usuwa przypuszczenie jakoby skutek był tylko przypadkowym, zwłaszcza że chodziło o ciężkie i uporczywe postacie, gdzie najróżnorodniejsze środki i sposoby lecznicze przedtém stosowane były zupełnie bezskuteczne. Sam uważam skeptycyzm leczniczy, tak pisze Friedreich, za nieuzasadniony, choć wyniki w najwyższym stopniu mnie zadziwiły, jeżeli się uwzględni tę okoliczność, że od chwili rozpoczęcia przyżegiwań żadnego innego leku nie używałem.“

(Myśl Friedreicha nie jest nową. Pierwszy który przedsięwziął wycięcie łechtaczki był Baker-Brown, w r. 1866 celem wyleczenia macinnicy, padaczki a nawet zboczeń umysłowych. Wychodzi on z téj zasady, ze ustawiczne podrażnienia pewnych nerwów obwodowych, szczególniéj okolicy części rodnych i międzykrocza, sprowadzają utratę siły nerwowéj *(loss of nerve power)*. Równocześnie prawie Gustaw Braun w Wiedniu wykonał ten rękoczyn na dwóch niezamężnych niewiastach wyniszczonych fizycznie i umysłowo skutkiem samogwałtu. Skutek i tym razem był nader pomyślny. l. c. 226). *Dr. Pisek.*

Wiadomości pomniejsze.

(γ) **Gorąca woda w żółtaczce.** Mosler używał z pomyślnym skutkiem lawatyw z gorącéj wody w nieżytowéj żółtaczce. Doświadczenia Röhriga okazały, że takie lawatywy zwiększają na dłuższy czas wydzielanie żółci, a Peiper wykazał, że żółć przez to stawała się płynniejszą. W miarę jak ilość wody w żółci wzmagała się, zmniejszała się ilość stałych części. Mniéj lub więcéj w 6 godzin po lawatywie ilość istot stałych wznosi się ponad ilość prawidłową a ilość wody obniża się poniżéj téjże. (*The Lancet* Nr. 21, II, 1882).

Ω **Przeciw odmrożeniu** poleca prof. F. A. Hoffmann w Dorpacie jako znakomity środek faradyzowanie skóry. Według H. 2 do 5-razowe faradyzowanie usuwa w zupełności odmrożenie wraz ze wszystkiemi niemiłemi przypadłościami. *(Berl. klin. Wochenschrift*, Nr. 2, 1883).

Ω **Uduszenie przez glisty.** Szczetkin opisuje w jednéj z gazet rosyjskich następujący przypadek. Jednego z rekrutów oddano do szpitala z powodu podejrzenia, że udaje głucho-niemego. W 18 dniu po przyjęciu rekrut umarł nagle. Przyczynę śmierci wykryto dopiero przy sekcyi. Zmiany w mózgu i narządach jamy piersiowéj wskazywały, iż śmierć nastała skutkiem uduszenia. W krtani znaleziono trzy dorosłe glisty. Prócz tego znaleziono przy sekcyi jeszcze w kiszkach i żołądku 24 dorosłych i młodych glist. (*Med. Ztg.*, Nr. 50, 1882).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

XVIII Posiedzenie zwyczajne Tow. lek. krak. z d. 6 grudnia 1882.
Przewodniczący kol. Jordan. Członków obecnych 30.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i bez zmian przyjęto.

2) Kol. Wolfram okazał i opisał preparat tętniakowatego rozszerzenia tętnicy płucnéj

3) Następnie drnd. Schaitter okazał 3 preparaty z Zakładu Med. sądowéj. Pierwszy z nich, tętniak wstępującéj tętnicy głównéj pochodził z człowieka około lat 40 liczącego, który z ciężarem upadł i nagle żyć przestał. Śmierć nastąpiła w skutek pęknięcia tętniaka i krwotoku do worka osierdziowego. Tętniak ów rozwinął się na tle miażdżycy i tworzył guz wielkości dużego orzecha włoskiego. Otwór w nim kątowaty długości 2cm. W przypadku tym zachodziła wątpliwość, czy człowiek ten upadł straciwszy przytomność w chwili pęknięcia tętniaka, lub též czy pęknięcie nastąpiło skutkiem upadnięcia. Pytanie to nie da się stanowczo rozstrzygnąć.

Drugi preparat pochodził z kobiety również nagle zmarłéj liczącéj około 80 lat. Przyczyną śmierci krwotok do jamy opłucnowéj prawéj z tętniaka części wstępującéj i łuku aorty zmienionéj miażdżycowo w całym przebiegu. Tętniak przedstawiał się jako guz wielkości pięści. Ściany tętniaka niejednostajnie zgrubiałe były najcieńszemi w miejscu zrośnięcia się jego z opłucną i tu właśnie znajdował się mały otworek o brzegach nieznacznie krwią podbiegłych, który prowadził z jamy tętniaka do jamy opłucnowéj. Komórka lewa nieprzerosła, mięsień sercowy jędrny, skurczony. Ściany komórki prawéj w znacznéj części zanikłe kosztem grubego pokładu tłuszczowego rozwijającego się ponad tą komórką. Przypadów ze strony narządów krążenia i oddechania za życia miało wcale nie być, również w głosie jéj nie spostrzegano zmiany a na bóle w klatce piersiowéj nigdy się nie żaliła.

Trzeci preparat pochodził z mężczyzny zamordowanego, u którego znaleziono ranę w dolnéj części szyi po stronie lewéj ponad obojczykiem, zadaną narzędziem ostrém, śpiczastém. Kierunek rany od góry i zewnątrz ku dołowi wewnątrz. Przecięta żyła szyjna, tchawica od dołu a jama opłucnowa prawa otwarta. Krwotok z żyły szyjnéj częścią na zewnątrz, częścią do jamy opłucnowéj prawéj; do tchawicy krew wcale się nie dostawała. Uwagi godném było, że brzegi rany w skórze nie okazywały

podbiegnięcia krwią, tak, że nie różniły się wejrzeniem od rany zadanéj po śmierci.

W dyskusyi podał kol. prof. Blumenstok dokładniejsze wiadomości dotyczące ostatniego przypadku przez prelegenta opisanego.

4) Kol. Paszkowski w imieniu Komitetu zdał sprawę z narad nad zmianami w statucie Tow. przedsięwziąć się mającemi. Rzecz ta więcéj szczegółowo roztrząśniętą zostanie na posiedzeniu administracyjném.

Na têm posiedzenie zakończono. *Dr. Jan Rosner.*

XIX Posiedzenie zwyczajne Tow. lek. krak z d. 20 grudnia 1882.

Przewodniczący: kol. Jordan Członków obecnych 34.

1) Kol. doc. Obaliński przedstawił 2ch chorych po wypiłowaniu stawów, podając uwagę, że rękoczyn powyższy przedsiębrany z powodu gruźlicy miejscowéj w późniejszych okresach choroby zwykle ujemny daje wynik, występują bowiem recydywy sprawy chorobowéj. Z tego téż względu resekuje prelegent, o ile możności, jak najwcześniéj. Nie resekuje, jeżeli można wykazać większe ropnie okołostawowe lub gdy ropnie wspólniczą ze stawem wypiłować się mającym. Prelegent, pomimo ciężkich przypadków w szpitalu operowanych, miewa dobre rezultaty, co przypisuje ściśle przeprowadzonéj antyseptyce.

Przypadek pierwszy przez prelegenta przedstawiony dotyczył chłopca, u którego z powodu rozlanego ropnia i zajęcia stawu biodrowego wypiłowano ten ostatni sposobem połączonym Schedego i Langenbecka. W 7 tygodniu po operacyi chłopiec ma się dobrze, pomimo że w pierwszych dniach po operacyi kał i mocz dostawał się do opatrunku. Obecnie chory porusza odnogą chodząc bez bólu, a skrócenie jest tak nieznaczne, że łatwo odpowiednim butem wyrównać je można.

Przypadek drugi dotyczył mężczyzny 37-letniego, u którego sprawa chorobowa w kolanie prawém trwała od $1\frac{1}{2}$ roku, wywołując kontrakturę pod kątem prostym i rozległe ropnie przetokowate. Operacyję wykonano sposobem Textora z usunięciem rzepki. Dziś zrośnięcie zupełne, odnoga prosta.

2) Następnie kol. Schramm opisał przypadek wyjęcia nowotworu (*fibromyxoma*) *per vaginam* w klinice prof. Mikulicza. (Przypadek ten ogłoszony został w Przeglądzie Lekarskim).

3) Kol. Dr. Jan Gwiazdomorski wybrany został członkiem czynnym Towarzystwa.

4) Wybrano na rok przyszły przewodniczącym Tow. kol. doc. Dra Obalińskiego, zastępcą kol. Kwaśnickiego, sekretarzem stałym kol. doc. Jordana, sekretarzem dorocznym kol. Mendelsburga, podskarbim kol. Zarewicza, redaktorem Przeglądu Lek. kol. prof. Blumenstoka, członkiem Rady sanitarnéj miejskiéj kol. Paszkowskiego. W skład komisyi redakcyjnéj weszli koledzy: prof. Korczyński, prof. Oettinger. doc. Pareński i doc. Jordan. Delegatami do Rady Zawiadowczéj Tow. lek. gal. wybrano Dra Krówczyńskiego i Dra Riegiera. W końcu wybrano komisyję mającą obmyśleć sposób uczczenia ustępującego prezesa Tow. Do komisyi weszli koledzy: prof. Blumenstok, doc. Grabowski i prym. Paszkowski.

Na têm posiedzenie zakończono. *Dr. Jan Rosner.*

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

○ Państwowa piecza nad dotkniętymi padaczką. Rząd saski w ostatnich latach zwracał uwagę na dotkniętych padaczką i obecnie istnieją w tym kraju przytułki dla chorych mężczyzn i kobiet, w których za sumę koło 120 złr. znajdują opiekę. Istnieje obecnie zamiar urządzenia zakładu dla chorych z zamożniejszych klas ludności, których roczna opłata będzie wynosić koło 280 złr. Istnieje też osobny zakład dla dzieci dotkniętych padaczką.

○ W Brockley Hill w Anglii ma być urządzony dom dla rekonwalescentów po płonicy, głównie za staraniem pani Maryi Wardell.

○ W angielskiém Towarzystwie higijenicznêm okazywano niedawno ubiór przeznaczony dla lekarzy, osób pielęgnujących itd. zmuszonych do wchodzenia do mieszkań osób chorych na choroby zakaźne. Ubiór ten składa się z glansownego mackintoshu i okrywa całkowicie osobę używającą go, jedynie twarz i ręce pozostają nieosłonięte. Stwierdzono, iż przy użyciu tego okrycia nie zachodzi potrzeba zmiany zwykłego ubioru i zapobiega się niebezpieczeństwu udzielenia się choroby. Ubiór ten można odwietrzać i oczyszczać, ilekroć uzna się za stosowne. Oddechadło złożone z waty oczyszczonéj między dwiema delikatnemi siatkami uzupełnia ten ubiór. Po użyciu spala się watę a wypłukuje siatkę.

Ω **Paryż.** Na posiedzeniu *Académie des Sciences* Margis odczytał swą pracę, w jaki sposób można otrzymać tlen z powietrza atmosferycznego dla celów przemysłu i rękodzielnictwa. Margis proponuje otrzymanie takie tlenu stosując dyfuzyję powietrza pod silném ciśnieniem przez mocne błony kauczukowe. Po pierwszém przeciśnieniu powietrza przez te błony otrzymuje się mięszaninę zawierającą miasto zwykłych 23—24% tlenu, już 40% tego gazu, po drugiém przeciśnieniu zawiera mięszanina już tylko 40% azotu, tlenu zaś 60%, po trzeciém zaś 80%, a po czwartêm koło 95%0, co już dla przemysłu jest dostateczném. (Doświadczenia w tym kierunku wykonali już dawniéj Th. Graham i Wróblewski).

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 15 lutego. Otrzymaliśmy list następujący:

Świetna Redakcyjo Przeglądu Lekarskiego;

Smutne ale prawdziwe podaję fakta, jak lekarzy sądowych już i tak *ad minimum* uszczuplonych pod względem wynagrodzenia za czynności sądowolekarskie, obecnie za nużące i zdrowie nieraz niszczące podróże i czynności wynagradzają.

W październiku ubiegłego roku zawezwano mnie jako znawcę sądowego na komisyję w góry, nad samą granicę węgierską, na odległość 34 kilometrów drogi (tam i napowrót 68 kilometr.), z których do 10 kilometrów jedzie się bezdrożnemi lasami. Sama podróż tam i napowrót bez czynności i wypoczynku wymagała około 15tu godzin czasu. Przytêm z powodu niemożebności siedzenia pięciu osób na jednym wózku śród jazdy po drogach górskich, kol. Dr. Wr. pojechał na wynajętéj za własne pieniądze podwodzie. Za podróż (bez wynagrodzenia osobno podwody) porachowano tylko dwudniową dyjetę a za oględziny i orzeczenie, z powodu lekkiego uszkodzenia ciała 1 złr. 5 c. Sąd zaś przyznał nam tylko po jednym dniu dyjet, a więc jednemu lekarzowi razem 4 złr. 55 ct., drugiemu jako lekarzowi powiatowemu 3 złr. 55 c. i to za stracone dwa dni i 68 kilometrów odbytéj drogi! Podobny przypadek stał się przed dwoma laty temuż koledze Drowi W., który zawezwany na komisyję w góry na odległość 21 kilometrów z powodu braku drugiego lekarza sam musiał wykonać dwie sekcyje i orzeczenia wydać na miejscu. Gdy mu przypadającą słusznie dwudniową dyjetę okrojono na jeden dzień, wniósł rekurs do prezydyjum Sądu. Po paru miesiącach otrzymał nakaz zapłacenia kary 3 złr. 50 c. z powodu nieostęplowania podania. Karę zapłacił a trzeci rok minął, a jeszcze odpowiedzi na rekurs nie otrzymał. Fakta te nie potrzebują komentarzy. Ale jak tłumaczyć sobie taki przypadek nie dawno zaszły, że sędziemu przyznano dwa dni dyjet, lekarzowi zaś koledze Dr. N. razem z tym panem sędzią komisującemu i na jednym wózku jadącemu, jeden dzień! Dopiero w rekursie trzeba było wykazać taką w oczy bijącą niestosowność.

Choć wielokrotnie już poruszano ale zawsze bezskutecznie kwestyję co do niestosownego całkiem wynagrodzenia lekarzy za czynności sądowolekarskie, to wobec takich i innych faktów, gdzie lekarz (a dotyczy to prawie wszystkich lekarzy na prowincyi mieszkających) nieraz pod zagrożeniem grzywną zmuszony jest z porzucaniem praktyki prywatnéj odbywać komisyje sądowe na odległość paru mil z poświęceniem całéj doby lub dwu dni czasu, w obec takiego uznania poświęcenia i pracy lekarzy przez Sąd, poruszam tę kwestyję, aby Towarzystwa lekarskie usilnie starały się u władz odpowiednich, jeżeli już nie o zupełną zmianę taryfy należytości, to przynajmniéj 1) o podwyższenie dyjet lekarzy i 2) o stałe unormowanie stosunku dyjet do odległości. Sądzę, że w tym celu chcąc skutecznie działać wszystkie Towarzystwa lekarskie w Austryi powinny się poprzednio porozumieć.

Gorlice, 7go lutego 1883. *Dr. Karol Bielczyk.*

(Czyniąc chętnie zadosyć życzeniu szan. korespondenta zamieszczamy list jego, jakkolwiek po doświadczeniach dotychczasowych nie mamy nadziei, aby słuszne jego upomnienie się skutek osiągnąć mogło. *Red.*).

○ W Nr. 3 wspomnieliśmy o ogłoszeniu zamieszczoném w *Kur. Warsz.* przez pewnego kolegę i rodaka praktykującego

w Wiedniu, ofiarującego chorym pomoc. Obecnie znajdujemy w *Gaz. Lek.*, która także wzmiankę o tém ogłoszeniu uczyniła, wyjaśnienie, wyjęte z listu kolegi, którego to dotyczyło, że ogłoszenie to dostało się bez jego wiedzy do *Kur. Warsz.* w skutek nieodpowiednio pojmowanéj życzliwości przez osobę w redakcyi *Kur. Warsz.* pracującą.

* Zanosi się na urządzenie w mieście naszém *maison de santé*, zakładu, który w obec zwiększającéj się ciągle liczby mieszkańców, a głównie zjeżdających się dla szukania rady lekarskiéj zamiejscowych, bardzo jest potrzebnym.

* Prof. Adamkiewicz otrzymał pozwolenie przyjęcia i noszenia krzyża oficerskiego orderu serbskiego Takowy.

* Od Administracyi „Przewodnika gimnastycznego" we Lwowie otrzymaliśmy zawiadomienie, że pismo to wychodzić będzie i nadal pod redakcyją Dra Tad. Żulińskiego w objętości jednego arkusza co miesiąc i że cena prenumeracyjna wynosi 1 zlr. 30 c. rocznie lub 65 c. półrocznie. (Administracyja we Lwowie, l. 3, plac Bernardyński).

* **Warszawa**. D. 4 bm. lekarz Albert Rosenthal otrzymał stopień doktora medycyny, obroniwszy rozprawę: „O zmianach mózgowych w chorobach zakaźnych". Oponentami byli: Przewóski i Popow. (*Gaz. Lek.*).

W Tow. lek. naznaczeni zostali członkami komitetu higijenicznego pp. Jasiński, Jul. Kramsztyk, Markiewicz, Mayzel, Natanson, Nencki i Przewóski, zastępcami zaś pp.: Dobrzycki, Dunin, Fritsche, Lubelski i Rogowicz.

* **Wiedeń**. *W. med. Presse* donosi, że temi dniami ukaże się monografija Dra Arnolda Spiny, asystenta prof. Strickera, p. t. „Studyja o gruźlicy," która w obec odkrycia Kocha zajmie takie samo stanowisko, jak je zajął był Koch w obec Pasteura, tojest wykaże z loiką nieubłaganą całą nicość nauki o prątkach gruźliczych, jako przyczynie gruźlicy. Piękne i zachęcające widoki!

Radzca rządowy prof. Müller mianowany został na dalsze 3 lata kierownikiem zakładu weterynarskiego w Wiedniu.

* **Niemcy**. Zjazd klinicystów wewn. niemieckich odbędzie się tego roku znów w Wiesbadenie od 17—20 kwietnia.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Monachijum**. Na katedrę opróżnioną po Heckerze przedstawiono terno w następującym porządku: Winckel, Ahlfeld, Müller. — **Marburg**. Na katedrę ginekologii przedstawiono terno w kolei następującéj: Ahlfeld, Müller, Lahs.

* **Wiadomości osobowe**. Lekarz sztabowy Dr. Jakób Wolff, krakowianin, naczelny lekarz szpitala garnizonowego w Osieku, przeniesiony został w stan spoczynku, a jego miejsce zajął lekarz sztabowy Dr. Maks. Magny ze szpitala garnizonowego w Krakowie; przeniesieni zostali do obrony krajowéj: starszy lekarz Dr. Tytus Wasylewski i asystenci w rezerwie: Drowie Wład. Staniszewski i Stan. Jana; uwolnieni ze służby wojskowéj: Drowie Zdzisław Lachowicz i Wład. Tatarczuch.

Stopień doktorów w. n. lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Lesław Gluziński z Sompolna w Król, Józef Patryn z Strzyżowa i Władysław Węgrzynowski z Stobierny w Galicyi; stopnie zaś lekarzy w Uniw. Warsz. pp. Kobylański, Horoszewicz i Troczewski.

* **Nekrologija**. W Lutomierzycach umarł znakomity anatom Bochdalek, wysłużony profesor anatomii opisowéj w Uniw. praźskim. — W Berlinie umarł prof. położnictwa dla akuszerek Dr. Schöller.

Piśmiennictwo lekarskie. O sposobach niesienia pierwszéj pomocy w nagłych przypadkach. Dziełko prof. Esmarcha, przełożył i przerobił Dr. K. Grabowski docent higijeny w Uniw. krak. Kraków, nakładem księgarni S. A. Krzyżanowskiego 1883. VII i 98 str. 8vo.

Rozgłośne to dziełko, wydane przez prof. Esmarcha w języku niemieckim, nie potrzebowało polecenia; snać było bardzo potrzebném, skoro w przeciągu kilku miesięcy doczekało się aż 4 wydań. I rzeczywiście zasługuje na to, bo w krótkiéj treści a łatwo zrozumiałéj formie poucza laika o najważniejszych wiadomościach z zakresu anatomii i fizyjologii ciała ludzkiego jakotéż o sposobach dania pierwszéj pomocy uległym nagłemu przypadkowi. Za prawdziwą téż zasługę uważać należy Docentowi Grabowskiemu, że wzbogacił i naszą literaturę tłumaczeniem tego cennego dziełka, zwłaszcza że potrafił to uczynić również językiem pięknym, stylem potoczystym a przedewszystkiém łatwo zrozumiałym i zwięzłym a nie zbyt purystyczno-przesadnym.

Tłumaczenie to pojawiło się w samą porę, gdyż i u nas zaczynają poruszać kwestyję zakładania podobnych stowarzyszeń jak niemieckie „Samariter-Verein" lub przynajmniéj wykładów na wzór „Samariter-Schulen." Spodziewam się, że wszyscy koledzy powitają z radością to dziełko i postarają się o jak najszersze rozpowszechnienie go tak w domach prywatnych jak i w niektórych instytucyjach np. szkołach, plebanijach a przedewszystkiem strażnicach pożarnych, urzędach gminnych itp. — Zarzut w ostatnich czasach przeciw takiemu popularyzowaniu nauki lekarskiéj podnoszony, jakoby stwarzającemu z urzędu partaczy lekarskich, wydaje mi się niewłaściwym, albowiem tu przedewszystkiém rozchodzi się tylko o danie pierwszéj pomocy, kiedy jeszcze nie zdołano zawezwać lekarza a zresztą rozszerzanie takich dziełek przez sumiennych i fachowych ludzi napisanych zapobiedz może rozpowszechnianiu się innych ogólnie znanych a przez niesumiennych wyzyskiwaczy kreślonych piśmideł, które stają się przyczyną spaczonych pojęć o leczeniu i odstręczają ludzi mniéj światłych od lekarzy *Obaliński.*

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 6: Kramsztyka: Z panoramy własnego oka (c. d.); Jerzykowskiego: Uwagi nad wstrzykiwaniami do jamy macicy (dok.): Rejchmana: Przyrząd o podwójnym strumieniu do przepłukiwania żołądka; — w *Medycynie* Nr. 6: Schaittera: Wątpliwy stan umysłowy mordercy (c. d.).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie dnia 21go lutego rb. w **Zakładzie anatomo-patologicznym** o godzinie **szóstéj** zwyczajne posiedzenie, na którém po wyczerpaniu porządku dziennego z przeszłego posiedzenia kol. prof. Browicz okaże kilka bardzo ciekawych preparatów.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Na liczne korespondencyje, które w sprawie pewnego lekarza z prowincyi od tygodnia dochodzą Redakcyi i Członków Komisyi Redakcyjnéj odpowiadamy tymczasem, że sprawę takiéj doniosłości musimy naprzód dokładnie sprawdzić, zanim ją podamy do wiadomości publicznéj i zdanie swoje wyłuszczymy, co zapewne nastąpi w numerze przyszłym. Szan. korespondenci niechaj nas więc nie posądzą o obojętność lub opieszałość; od bronienia godności zawodu lekarskiego nigdy się nie uchylamy, ale broniąc godności ogółu musimy mieć względ na godność jednostki.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. L. Blumenstok.

Z powodu przybytku prenumeratorów nakład Nr. 1go Przeglądu Lekarskiego jest wyczerpanym; Administracyja udaje się przeto z prośbą do prenumeratorów w Krakowie i na prowincyi, niezachowujących Przeglądu, aby zechcieli zwrócić jéj egzemplarze Nr. 1 Przeglądu Lek. z r. b.; ewentualnie gotowa jest Nry te odkupić po cenie 40 cnt. za egzemplarz, którąto kwotę przeszle natychmiast przekazem.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 24 lutego 1883. **№ 8.** Rok XXII.

I. Z kliniki chirurgicznéj prof. Dra Mikulicza w Krakowie.

Przyczynki do Chirurgii.

V.

Rak okrężnicy wstępującéj, wycięcie kawałka jelita, śmierć z powodu obumarcia kiszki.

Napisał Dr. H. Schramm
asystent kliniki chirurgicznéj.

(Dokończenie. Patrz Nr. 7).

Z przebiegu po operacyi przytaczam następne szczegóły: Wieczorem ciepłota 36·5°C., tętno 84 dość pełne, chory pokryty zimnym potem, skarży się na uczucie ciśnienia w brzuchu. W nocy stolec wolny i jednorazowe wymioty cieczy śluzowatéj. 29 października znaczne osłabienie, uczucie trwogi i niespokój, ciepłota 38·5°C., tętno 120 na m. Wieczorem ciepłota 38°C., tętno 130 nitkowate, co chwila omdlenie i nudności, kilkakrotne wymioty. 30 października osłabienie bardzo znaczne, ciepłota 38·2°C., tętno 130 ledwo wymacalne, ustawiczne odbijanie i wymioty. Mimo ciągłego podawania leków podniecających zapad zwiększał się coraz bardziéj i chory umarł o godzinie 1 w południe, zatém w 48 godzin po operacyi.

Z oględzin pośmiertnych, wykonanych przez prof. Browicza, podaję następujące ważne dla nas szczegóły: W jamie brzusznéj około 1 litr cieczy mętnéj, brudnéj, z strzępkami włóknika zmięszanéj, otrzewna ścienna i jelit gładka, lekko nastrzykana; w okolicy okrężnicy wstępującéj nieliczne, świeże zlepienia, ani śladu kału w jamie brzusznéj. 15cm. nad kiszką ślepą znajduje się miejsce zespojenia jelita. Całą tę część wycięto ostrożnie a po bliższém badaniu miejsca zeszycia znaleziono stan następujący: W miejscu szwu krezka oddzielona od ściany jelita w rozległości 1½ cm., tutaj otrzewna kiszki sina, zgorzelinowa, szwy leżą luźno. Po wstrzyknięciu wody do wyciętéj pętli płyn nie wycieka, dopiero po użyciu większego parcia pokazuje się mała kropla wody w miejscu zgorzeli. Po przecięciu kiszki w kierunku podłużnym okazało się, że wzdłuż obu brzegów przeciętéj kiszki błona śluzowa uległa zgorzeli, zmiana ta zajmuje pasek szeroki 3mm. i sięga aż do błony mięsnéj, tylko w miejscu przyczepienia się krezki zgorzel zajmuje całą ścianę jelita w szerokości 1cm. Gruczoły krezkowe niepowiększone. W innych narządach nie znaleziono zmian ważniejszych.

Co do operacyi saméj nadmieniam, że cięcie skośne okazało się w przypadku naszym dogodniejsze, niż to mogło mieć miejsce w obec cięcia w linii białéj, jakto radzi np. Köhler (l. c.). Gdyby bowiem jama brzuszna otwartą została w linii środkowéj, natenczas chorobowo zmienioną część okrężnicy możnaby tylko z trudnością wydobyć na zewnątrz, zatém i cała operacyja nie dałaby się wykonać tak wygodnie i z taką pewnością, że ani kropla treści jelitowéj nie dostała się do jamy brzusznéj, jak to miało miejsce w obec cięcia użytego przez prof. Mikulicza.

Wielką trudność stanowiło odosobnienie choréj części kiszki z powodu licznych zrostów, które też były przyczyną długiego trwania operacyi i jak się przy sekcyi pokazało niepomyślnego jéj wyniku. Sposób oddzielenia mającéj się wyciąć pętli od jamy brzusznéj za pomocą paska gazy jodoformowéj, użyty w naszym przypadku, wydaje mi się wygodniejszym i pewniejszym niż używane zwykle podsunięcie gąbki pod pętlę jelita. Wreszcie nadmieniam, że szew kuśnierski okazał się bardzo wygodnym, zabiera on bowiem znacznie mniéj czasu niż szew węzełkowy, a zespojenie jelita za pomocą tego szwu może być zupełnie dokładne i pewne zwłaszcza, jeżeli doda się w niejakich odstępach kilka szwów węzełkowych.

Przypadek nasz poucza także, jak złudne i niepewne mogą być objawy w obec guzów jelit. Badając przez powłoki brzuszne, można było obrzęk bardzo swobodnie posuwać, a mimo to był on w wielu miejscach pozrastany z częściami sąsiedniemi; nie mieliśmy znacznych objawów upośle-

dzonéj drożności jelita, owszem chory cierpiał częste rozwolnienie, a mimo to znaleźliśmy w kiszce grubéj zwężenie bardzo znacznego stopnia.

Nad przyczyną śmierci chorego musimy się zastanowić nieco dłużéj. Powodem niepomyślnego zejścia nie mogło być dostanie się kału do jamy brzusznéj ani podczas operacyi, ani zaraz po odprowadzeniu zespojonego jelita. Przemawia za tém dosyć dobry stan chorego przez pierwsze 24 godzin po operacyi, brak treści jelita w jamie brzusznéj, stwierdzony przez oględziny pośmiertne a wreszcie i ta okoliczność, że szwy trzymały jeszcze po śmierci chorego zupełnie dobrze, gdyż woda wlewana do wyciętéj pętli dopiero po użyciu większego ciśnienia zaczęła małemi kroplami wydobywać się w miejscu, gdzie kiszka najbardziéj była zmienioną. Objawy zapalenia otrzewny znalezione podczas sekcyi powstać więc mogły jedynie w skutek przesiąkania istót zakaźnych z wnętrza kiszki przez zgorzelinową jéj ścianę. Powodem téj zgorzeli nie było z pewnością ani zbyteczny ucisk podczas operacyi, gdyż na miejscach, gdzie jelito było uciśnięte palcami nie było zmian najmniejszych, ani téż obmycie zeszytéj pętli 5% rozczynem karbolu, postępowania tego bowiem użył prof. Mikulicz w trzech przypadkach operacyi przepuklin uwięźniętych, które wygoiły się *per primam* bez najmniejszych objawów zaburzeń ze strony kiszki i u chorego, który po laparotomii wykonanéj przed 3ma tygodniami z powodu uwięźnięcia wewnętrznego znajduje się jeszcze w leczeniu. Stanowczo więc twierdzić możemy, że zgorzel jelita wystąpiła u naszego chorego jedynie w skutek oddzielenia jéj od krezki. Na niebezpieczeństwo to zwrócił uwagę chirurgów pierwszy Madelung: (*Ueber circuläre Darmnaht und Darmresection. Verhandlung. der d. Gesellsch. für Chir.* X. Congress. strona 415). Robiąc na psach doświadczenia co do wartości zespajania jelita przez wgłobienie sposobem Joberta, przekonał się, że psy po téj operacyi zdechały prawie bez wyjątku już na drugi dzień, a to z powodu zgorzeli przeciętego jelita. Dalsze doświadczenia przekonały go, że powodem tego niepomyślnego wyniku jest jedynie oddzielenie kiszki od śródjelicia na cokolwiek większéj przestrzeni. Zestawiając téż 73 przypadki całkowitego przecięcia kiszki u człowieka, przekonał się Madelung, że w 5ciu przypadkach śmierć powstała w skutek rozejścia się szwów po obumarciu całkowitém lub częściowém brzegów jelita; nadto w 10 przypadkach przyszło do utworzenia się przetoki kałowéj, zatém i w tych razach tylko przez prosty przypadek zdarzyło się, że szew rozszedł się właśnie w miejscu przylepienia kiszki do ściany brzusznéj a więc na 13 przypadki 15 razy, czyli blizko w 12%, nastąpiła zgorzel brzegów jelita. Doświadczenia Rydygiera (O wycinaniu okręgowém kawałków jelita z następném zeszyciem obu odcinków. Przegl. Lek. z r. 1881, Nr. 40—44) doprowadziły do tego samego wyniku. Psy, u których R. wyciął kawałek jelita i przed zespojeniem obu odcinków oddzielił po obu końcach krezkę na przestrzeni 1—4 cm. (doświadczenie 12 i 13), zdechły oba po 2ch dniach z powodu zgorzeli zespojonych brzegów. Tak przebieg po operacyi i czas śmierci, jak wreszcie obraz pośmiertny u naszego chorego zgadzają się zupełnie z doświadczeniami Madelunga i Rydygiera. Doświadczenia te wykazują dostatecznie, jak niebezpieczném jest oddzielenie jelita od krezki, i śród operacyi w naszym przypadku starano się temu o ile możności zapobiedz. Liczne jednak zrosty zwyrodniałéj kiszki z częściami okolicznemi były powodem, że, w celu dokładnego zespojenia obu odcinków kiszki, konieczném było uwolnić ją choćby na maléj przestrzeni. Podczas następnych jednak operacyj trzeba będzie na okoliczność tę kłaść jeszcze więcéj wagi i nie zakładać szwów w części jelita, któraby chociaż na najmniejszéj przestrzeni oddzielona była od swéj krezki. Wprawdzie po powtórnych swych doświadczeniach co do wycinania kawałków jelita podaje Rydygier (*Ein interessanter Fall von zweimaliger Darmresection etc. Berlin. klin. Woch.*, 1882, Nr. 30), że różne zwierzęta rozmaicie znoszą oddzielenie kiszki od śródjelicia, i że zdaje się, jakoby człowiek znosił ten zabieg wcale dobrze. Przypadek nasz jednak nie bardzo zgadza się z tém przypuszczeniem, gdyż u chorego naszego oddzielenie krezki po obu końcach jelita na przestrzeni wynoszącéj ledwie $^3/_4$ cm. stało się przyczyną śmierci.

W celu wyjaśnienia tego pytania, tak ważnego dla chirurgii przewodu pokarmowego, wykonywam obecnie szereg doświadczeń, których wyniki podam przy innéj sposobności.

II. Ogólny pogląd na nowsze teoryje jaskry.

Wykład habilitacyjny.
Podał Dr. E. Machek.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 7).

Donders (*Graefe Archiv* 1862) tłumaczy powstanie jaskry także zwiększonym przypływem cieczy, lecz zupełnie odmiennie od Graefego. Podwyższenie ucisku śródocznego powstaje, zdaniem jego, skutkiem zadrażnienia nerwów wydzielniczych, które z nerwu troistego do oka się dostają, gdyż po przecięciu tego nerwu u królików oko miększém się staje. Typem jaskry jest jaskra prosta. Przyczyna zadrażnienia może się znajdować w oku lub po za okiem. Przyczyny powstania objawów zapalnych Donders nie podaje, uważając to za coś ubocznego. To téż Weber (*Graef. Archiv* 23 s. 2) nie uznaje, aby teoryja Dondersa tłumaczyła powstawanie ostréj jaskry zapalnéj, w któréj od pierwszéj chwili występują objawy zapalenia, a Mauthner (*Über Glaucomtheorien* 1882) słusznie zapytuje, dla czego w jaskrze prostéj przez długi szereg lat trwającéj zadrażnienie nerwowe się nie wyczerpuje lub innych objawów choroby nie sprowadza. A jakże daléj działa irydektomija w takich przypadkach, w których przyczyna chorobowa znajduje się po za okiem. Weber, oceniając teoryję Dondersa, przytacza cały szereg spostrzeżeń klinicznych, które za nią nie przemawiają. Nerwów wydzielniczych oka właściwie nie znamy. Wszystkie objawy, które występują w oku skutkiem zadrażnienia nerwu troistego i błędnego można wytłumaczyć wpływem tych nerwów na parcie ościenne w naczyniach oka, jak to wykazał cały szereg prac doświadczalnych wykonanych przez Adamiuka (Schmidt, *Glaucom*, Graefe et Saemisch t. V, str. 84). Nie ma więc powodu, dla którego przypuścić należałoby, że są nerwy, które wpływają na wydzielanie cieczy do oka, lub na jego odżywianie bez współudziału parcia ościennego w naczyniach. Natomiast znane są choroby, w których parcie ościenne w naczyniach twarzy i oka jest podwyższone a przecież jaskra nie występuje (Eulenburg j. w. 95). Jeżeli wreszcie uwzględnimy, że teoryi Dondersa anatomicznie stwierdzić nie można, że wyniki doświadczeń, do których ta teoryja zachęciła Wegnera, Hippla, Grünhagena i Adamiuka, są ze sobą sprzeczne, tedy łatwo zrozumieć, że przyczyny powstania jaskry szukali okuliści w innych zmianach choro-

bowych, któreby ustawicznie stwierdzić się dały, a to tém bardziéj, że tak teoryje Graefego jak i Dondersa powstania wielu przypadków jaskry wytłumaczyć nie mogły. To też Rydel w wyżéj wspomnianéj rozprawie już z teoretycznych względów domyśla się istnienia nieznanych jeszcze przyczyn jaskry mówiąc: „jeżeli dowiedzioném nie jest, że zapalenie jest przyczyną podwyższonego ucisku śródocznego, a z drugiéj strony także podwyższony ucisk jako taki nie może sprowadzić zapalenia, słusznie więc przypuścić trzeba, że jest jeszcze inna trzecia, dotąd nieznana przyczyna, skutkiem któréj tak podwyższenie ucisku śródocznego, jak i objawy zapalne powstają“ (j. w. str. 141).

Na zmianach, które anatomicznie wykazać można, opierają się teoryje, upatrujące przyczynę podwyższenia ucisku śródocznego w utrudnionym odpływie cieczy z oka. Przypatrzmy się naprzód, którędy ciecze z oka odpływają.

W 16 tomie archiwu Graefego ogłosił Leber pracę o krążeniu cieczy w oku. Wykazał on, że źródłem cieczy śródocznych jest ciałko rzęskowe i naczyniówka. Ciecz przenika siatkówkę, dostaje się do ciałka szklanego, przechodzi przez więzadełko Zinna i soczewkę do tylnéj a po pod brzegiem źrenicznym do przodkowéj komórki, ztąd przestworami Fontany, znajdującemi się na obwodzie komórki przodkowéj (w jéj zatoce, pomiędzy przyczepieniem tęczówki a rogówką) do kanału Schlemma, do żył i naczyń limfatycznych, a więc na zewnątrz oka. W stosunkach prawidłowych, dopóki przybłonek błony Descemeta jest nienaruszony, rogówka bywa dla cieczy wodnéj nieprzenikliwą. Nadto krew żylna odpływa z oka żyłami. Dwie są więc drogi, któremi ciecze odpływają z gałki ocznéj, przestwory Fontany i żyły przechodzące przez twardówkę. Dwojakie mogą też być przeszkody, jedne dotyczą przestworów Fontany, drugie odpływu krwi żylnéj.

Otóż i teoryje, które utrudnionemu odpływowi przypisują powstanie jaskry, są dwojakie: Jedne upatrują przyczynę podwyższenia ucisku śródocznego w zmniejszonéj drożności lub zupełnéj niedrożności przestworów Fontany, skutkiem czego tą drogą ciecz albo mniéj albo wcale z przodkowéj komórki nie odpływa, inne zaś w schyłkowych przeobrażeniach twardówki, która kurcząc się zwęża ujścia żył, ugniatając zaś żyły utrudnia odpływ krwi żylnéj a przytém skutkiem stwardnienia stawia opór przesiąkaniu cieczy. W niedrożności przestworów Fontany upatrują przyczynę jaskry Knies, Weber, Priestley, Smith i Brailey, w zmianach schyłkowych twardówki Cusco, Coccino, Stellwag i Wecker.

Badania anatomiczne oczu jaskrą dotkniętych pouczyły Kniessa, że w okolicy kanału Schlemma, i w sąsiedztwie téj części twardówki, do któréj obwodowa część tęczówki i ciałko rzęskowe przylega, i w téj, w któréj się znajdują przestwory Fontany, powstaje zapalenie z naciekami; świeżo wytworzona tkanka łączna kurczy się późniéj, obwodowa część tęczówki przylega do tylnéj ściany rogówki pierścieniowato a późniéj zrasta się z nią nawet, na czém drożność przestworów Fontany cierpi. Gdy to nastąpi, odpływ cieczy z przodkowéj komórki napotyka na trudności, ucisk śródoczny podnosi się a w dalszych skutkach występują objawy jaskry.

Weber tłumaczy także powstanie jaskry niedrożnością przestworów Fontany, będącą skutkiem pierścieniowatego przylegania tęczówki do rogówki, lecz dowodzi, że obrzmiałe wyrostki rzęskowe obwodową część tęczówki ku przodowi wypierają i do tylnéj ściany rogówki przyciskają. Obrzmienie ciałka rzęskowego i wyrostków rzęskowych wykazał Weber anatomicznie w przypadkach jaskry prostéj, w przypadkach zaś jaskry zapalnéj obrzmienie bardzo często dochodzi do tego stopnia, że naczynia pękają, za czém przemawiają często napotykane wybroczyny.

Przyczyną zaś obrzmienia mogą być wszystkie bez wyjątku sprawy chorobowe, skutkiem których zastój żylny lub przekrwienie ciałka rzęskowego powstaje, nie wyjmując dziedzicznéj skłonności do rozszerzenia żył, wpływów nerwowych, jak długo trwające zadrażnienie nerwu troistego (*Graefe Archiv* t. 23, str. 67), przewlekłe sprawy zapalne itd. Weber twierdzi, że już przed 10 laty, a więc przed ogłoszeniem pracy Lebera o krążeniu cieczy w oku, wyrobił sobie zapatrywanie swoje na przyczyny powstania jaskry, chociaż pracę swoją dopiero w roku 1877 ogłosił.

Badania anatomiczne, z których Kniess i Weber teoryje swoje wysnuli, są bardzo cennym przyczynkiem do nauki o jaskrze. Tłumaczą one w sposób prosty działanie irydektomii i powstanie jaskry następowéj w przypadkach opadnięcia tęczówki we wrzody rogówkowe i następnego wrośnięcia téjże w bliznę. Irydektomija przywraca drożność tych przestworów Fontany, których położenie odpowiada wyciętéj części tęczówki, a jaskra następowa w przypadkach wrośnięcia tęczówki w rogówkę tłumaczy się ograniczeniem i zmniejszeniem ilości dróg, któremi ciecz z komórki przodkowéj odpływa na zewnątrz. Lecz i te teoryje można tylko do pewnéj ilości przypadków zastosować. Naprzód nie we wszystkich przypadkach jaskry wykazać można przyleganie obwodowéj części tęczówki do rogówki i zarośnięcie przestworów Fontany. Na Zjeździe okulistów w Heidelbergu przedstawiał H. Pagensteber oczy jaskrą dotknięte, ze znacznêm zagłębieniem tarczy nerwu wzrokowego, w których tęczówka wcale do rogówki nie przylegała, oraz inne oczy, w których tęczówka na obwodzie do rogówki przyrosła, gdzie widocznie przestwory Fontany pozarastały i drożność swoją utraciły a przecież badanie anatomiczne żadnych nie wykazało zmian jaskrowych, a tarcza nerwu wzrokowego zagłębioną nie była.

W ostatnich dwóch latach ogłosili Anglicy Priestley Smith i Brayley dwie prace o teoryjach jaskrowych. Zgadzają się z Weberem, że obrzmienie ciałka rzęskowego i wyrostków rzęskowych przyciska część obwodową tęczówki do błony Descemeta, że skutkiem tego ucisk śródoczny się podwyższa, gdyż ciecz z przodkowéj komórki odpływać nie może; różnią się jednak od Webera w tłumaczeniu przyczyn tegoż obrzmienia.

Oto teoryja Priestley Smitha (Mauthner, *Glaucom-Theorien* 150). Ciecz, którą ciałko rzęskowe i naczyniówka wydzielają, a która przez ciałko szklane przepływa, dostaje się do komórki tylnéj przenikając więzadełko Zinna. Mała tylko część przechodzi przez soczewkę. Jeżeli przestrzeń pomiędzy obwodem soczewkowym a obwodowém przyczepieniem więzadełka Zinna się zmniejsza, a więc ta część, którą zajmuje obwódka, natenczas odpływ cieczy z ciałka szklanego do tylnéj komórki bywa utrudniony a ucisk w ciałku szklaném się wznosi. Mierne nawet podwyższenie ucisku w ciałku szklaném wystarcza, aby powstało obrzmienie ciałka rzęskowego i wyrostków tegoż, które przypierając mechanicznie obwodową część tęczówki do rogówki znosi drożność przestworów Fontany. Skutkiem jakich zaś zmian powstaje zmniejszenie przestrzeni, którą zajmuje więzadełko Zinna? Otóż Priestley Smith wykazał, że skutkiem powiększenia się soczewki w wieku późniejszym, we wszystkich kierunkach a więc także w kierunku równika. Dokładne wymiary so-

czewek wyjętych z oczu jaskrą dotkniętych wykazały, że soczewki zawsze były większe niż soczewki wyjęte z oczu trupów tego samego wieku, mających zresztą oczy prawidłowe. (C. d. n.)

III. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od r. 1879 do 1882.

Podał Dr. Emanuel Rosenblatt.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 7).

Drgawki w mocznicy cechowały się w powyższych czterech przypadkach tém, iż je poprzedziły przypady mocznicy właściwe, a na zadrażnieniu ośrodków nerwowych polegające, jakoto wymioty, nieregularność oddechania i krążenia, rozszerzenie źrenic, silny ból głowy itd. Z wyjątkiem przypadku 2go były to skurcze toniczne mięśni wyprostnych stosu pacierzowego, drgawki czysto kloniczne, występowały one w napadach częstych, początkowo krótszemi lub dłuższemi przestankami przegrodzonych, później zaś długotrwałych, połączonych ze zupełną nieprzytomnością i bezczulnością. Między pojedynczemi napadami przytomność czasem wracała, jeżeli jak w przypadku 3cim powtarzały się w odstępach długich. Po największéj części drgawki były ogólne, cieplota nie była stale podwyższoną i nie wzmagała się po napadzie, owszem była nawet czasem niżéj prawidłowéj. Wszystkie przypadki zakończyły się śmiercią. Pod względem powstania drgawek, przypadki nasze przemawiają za teoryją Frerichsa i Hoppe-Seylera; wywołane one zostały przez zadrażnienie bezpośrednie ośrodków ruchowych przez krew w składniki moczu obfitującą, za tém przemawiają bowiem następujące względy: Po pierwsze przypady mocznicy występowały zawsze równocześnie ze znaczném zmniejszeniem się wydzielania moczu, a ustąpiły chwilowo w przypadku 4tym, skoro tylko wydzielanie moczu było znaczniejsze. Skąpe wydzielanie moczu zależy, jak wiemy, nie od zaniku nerek, lecz od zmniejszonego parcia ościennego i mniejszéj szybkości prądu w naczyniach kłębkowych, w stanie zapalnym się znajdujących. Powtóre nie można było w powyższych przypadkach wykazać ani przerostu serca, t. j. komórki lewéj, ani też zaniku nerek. Po trzecie nawet w przypadku 3cim, gdzie mocznica kilka dni trwała, a napady drgawkowe się powtarzały, nie przyszło do żadnych porażeń, co jednak nastąpić powinno, gdyby drgawki wywołane zostały przez ucisk wysięku na mózg i jego naczynia z następową niedokrewnością. Po czwarte wreszcie nie znaleziono przy sekcyi ani obrzęku mózgowia, ani też wysięku z wyjątkiem tylko przypadku 2go. Wysięk ten w komórkach można jednak uważać także jako następstwo zaburzeń w krążeniu czaszkowém w s k u t e k drgawek. Co się tyczy chorób innych przebiegających równocześnie z zapaleniem nerek lub też w następstwie tegoż, a mogących być przyczyną drgawek, to w przypadku 2gim znaleźliśmy przy sekcyi zaczerwienienie i obrzęk błony śluzowej gardziela i nagłośni, co naprowadzało na myśl, iż chora umrzeć mogła skutkiem obrzęku ostrego nagłośni, jaki się czasem właśnie w zapaleniu nerek i następowéj puchlinie przydarza, że drgawki te zatém zależne były nie od zatrucia krwi mocznikiem, lecz od zakażenia kwasem węglowym w skutek utrudnionéj sprawy oddechania. Rozróżnienie w tym przypadku ściśle, czy drgawki odnieść należy do choroby pierwotnéj, a zatém napadu mocznicowego w zapaleniu nerek, lub też do obrzęku nagłośni, jest prawie niepodobném; z uwagi jednak, iż przypady mocznicy były bardzo wybitne, tak że istnienie jéj żadnéj nie ulegało wątpliwości, podczas gdy o rozpoznaniu obrzęku nagłośni dla braku cechujących przypadków, braku objawów cieśni krtaniowéj, za życia nie można było pomyśleć, gdyż istniejąca wprawdzie lecz p o w o l i się rozwijająca i wzmagająca duszność łatwe w samejże sprawie mocznicowéj znalazła tłumaczenie jako t. zw. *tachypnoë uraemica*, zależnéj od podrażnienia rdzenia przedłużonego, jeżeli nie uwzględnimy już przesięków w jamach opłucnowych za życia wykazanych; jeżeli zważymy daléj, że obrzęk nagłośni należy do powikłań zwłaszcza w wieku dziecięcym rzadko spostrzeganych, że występuje i przebiega zawsze nagle, podczas gdy w przypadku naszym drgawki trwały czas dłuższy i że poprzedziły je inne przypady mocznicy, to przyznać musimy, iż prawdopodobniéj zależały drgawki od mocznicy aniżeli od obrzęku nagłośni, a ten ostatni zakończył tylko szereg przypadów choroby głównéj. Że wysięk napotkany w komórkach bocznych mózgu nie był powodem drgawek, lecz tylko ich następstwem, powiedzieliśmy już wyżéj.

W przypadku 3cim w następstwie zapalenia nerek wystąpiło zapalenie ogniskowe płuc a jako cierpienie przypadkowe przystąpiło wreszcie zapalenie włóknikowe krtani. Nadto napotkaliśmy przy sekcyi rozmiękczenie ogniskowe nieznaczne kory mózgowéj. Do zapalenia płuc w niniejszym przypadku drgawek odnieść nie potrzebujemy, mając przyczynę bliższą, t. j. napad mocznicowy o przebiegu dość typowym, zresztą wystąpił pierwszy atak drgawek obok ciepłoty zupełnie prawidłowéj. Do dławca, za życia również nierozpoznanego, drgawek odnieść nie możemy, gdyż po raz pierwszy wystąpiły one wraz z innemi objawami mocznicy już 13go października, podczas gdy śmierć nastąpiła dopiero trzy doby późniéj; drgawki zaś w dławcu jeżeli występują, co wcale nie jest częstém, to zawsze w okresie końcowym tuż przed zgonem, nie są silne i trwają krótko. Że dławca w przypadku powyższym za życia nie rozpoznano, nie zadziwi pedyjatrów, którzy mieli sposobność przekonania się, jak to nieraz skutkiem mocznicy u dzieci występują objawy ze strony narządu oddechowego podobne do objawów dławca, a daléj jak często dławiec następowy, zwłaszcza t. zw. charłaczy, przystępując do choroby innéj przebiega niepostrzeżenie pokryty przeważającemi przypadami groźnéj choroby głównéj. W naszym przypadku podnieść należy jeszcze i tę okoliczność, że głos był jeszcze 14go, t. j. nazajutrz po pierwszym ataku drgawek, zupełnie czysty, a chory wróciwszy do przytomności żalił się tylko na ból głowy i zawroty, podczas gdy duszność znaczniejsza dopiero 15go się rozwinęła. Przemawia to za wystąpieniem dławca dopiero w okresie końcowym, a tém samém i drgawki od niego zawisłemi być nie mogły. Powstanie nareszcie ostatniéj zmiany chorobowéj napotkanéj przy sekcyi, t. j. ognisk rozmiękłych kory mózgowéj, o ile mnie się zdaje, najłatwiéj tłumaczyć można w obec szmeru anemicznego nad komórką lewą, arytmii serca, nikłego bardzo tętna i znacznych obrzęków surowiczych, skrzepnieniem krwi w drobnych naczyniach końcowych kory mózgowéj, w skutek zwolnienia prądu w obec niedokładnéj akcyi serca. Chociaż obraz chorobowy pod względem nagłego wystąpienia drgawek, zupełnéj nieprzytomności, powtórzenia się silnego napadu po 36ciu godzinach a najbardziéj silnego bólu głowy, który choremu najwięcéj dolegał, przedstawiał wielkie podobieństwo do obrazu chorobowego, jaki w skutek zaczopowania naczyń w mózgu

powstaje, to jednak brakło przypadów ogniskowych i mimo dłuższego, bo 4-dniowego, trwania choroby brakło porażeń, na których w takich razach nie zbywa. Dla tego też tłumaczenie drgawek w przypadku w mowie będącym, sprawą anatomiczną, t. j. ogniskowém rozmiękczeniem mózgu, napotyka pewne wątpliwości, chociaż całkiem wykluczyć się nie daje.

W przypadku 4ym mieliśmy do czynienia z zapaleniem płuca prawego wysepkowém i obrzękiem płuc, chorobami, które w okresie póżnym się rozwinęły i w obec przypadów mocznicy żadnego wpływu na wystąpienie drgawek nie mają. Wynaczynienie zaś napotkane na lewéj półkuli mózgu uważać należy za następstwo zmian w krążeniu czaszkowém już to w skutek drgawek, już też to w skutek osłabionéj czynności serca.

Okoliczność, iż w każdym z powyżéj podanych przypadków mocznicy śród sekcyi inne napotkaliśmy zmiany w ośrodkach nerwowych, przemawia za tém, iż żadna z nich nie jest mocznicy właściwą i takową cechującą i że drgawki nie były ich wynikiem, lecz co najprawdopodobniéj powodem.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Nazarow: **Znaczenie sztucznego oziębiania i ogrzewania zwierząt ciepłokrwistych.**

Jak każda umiejętność tak i nauka lekarska posiada założenia, które nigdy z porządku dziennego nie schodzą, nie ulegają prądowi chwilowemu, lecz wraz ze zjawieniem się nowéj teoryi w nauce przypominają się „łaskawéj pamięci.“ Przeziębienie się, omawiane od najdawniejszych czasów, tłumaczone przez najdzielniejsze umysły z większém lub mniejszém powodzeniem, do dnia dzisiejszego całkowicie nie pozbyło się swéj tajemniczéj szaty i podczas gdy jedni na czele etyjologii każdéj prawie choroby nieurazowéj stawiają przeziębienie się, inni stanowczo wykluczają jakikolwiek jego wpływ lub nawet istnienie.

Jak wiadomo wystąpił, lat temu dziesięć, Rosenthal z twierdzeniem, że istota przeziębienia się polega na szkodliwym wpływie zmienionéj ciepłoty narządów wewnętrznych skutkiem przypływu krwi na powierzchni ciała, tj. na skórze oziębionéj. Afanazyjew a przed dwoma laty Lassar w Berlinie potwierdzili prawie w zupełności powyższe zapatrywanie.

Poniżéj podajemy w streszczeniu wyniki, do jakich doszedł N. na drodze doświadczalnéj, ogłoszone w ostatnim (3) zeszycie archiwu Virchowa (t. 90, str. 482—499).

1. U zwierząt tego samego gatunku wpływa na zmianę ciepłoty ciała po sztuczném ogrzewaniu, lub oziębianiu, wiek zwierzęcia. Rozmiary ciała wybitnego wpływu nie mają.

2. Prawidłowo żywione zwierzęta coraz bardziéj przyzwyczajać się zwykły do często powtarzanego oziębiania jak i ogrzewania; daleko też uporczywiéj zatrzymują swą ciepłotę właściwą prawidłową, u zwierząt głodzonych przeważnie rzecz się ma odwrotnie. Głodzone zwierzęta giną już przy daleko niższym stopniu oziębiania.

3. Po powtarzaném ogrzewaniu i następném oziębianiu przyzwyczaić można zwierzęta do większéj odporności w obec ogrzewania, czego po oziębianiu nie dostrzeżono. Przeciwnie zwierzęta takie giną skutkiem oziębiania daleko szybciéj a ciepłota ich przytém nie spada zbyt nisko.

4. Oziębianie zwierząt przez wprowadzenie do jamy brzusznéj roztworu 0·7 procentowego soli kuchennéj nie różni się w zasadzie od oziębiania skóry.

5. Zmiany patologiczno-anatomiczne mięśni, wątroby i nerek okazują po ogrzewaniu lub oziębianiu zwierząt, lub po doświadczeniach skombinowanych, cechy zmian miąższowych obok przepełnienia niektórych naczyń włosowatych ciałkami krwi. Te zmiany są tém wybitniejsze, im bardziéj ciepłota od prawidłowéj się różni, w jakimbądź kierunku i im częściéj ta różnica się powtarza.

6. Szybkie oziębienie narządów wewnętrznych tak mało wpływa na nie, że teoryja Rosenthala nie wystarcza do wytłumaczenia zwykłych chorób z zaziębienia powstałych.

(Wyniki powyższe w części tylko objaśniają nam wpływ ogrzewania wzgl. przeziębienia się. Wielką doniosłość mają szczegóły pod l. 5 wymienione, szczegóły, które jednakowoż jeszcze potwierdzenia wymagają. Nawiasowo dodajemy, że jeszcze teraz skutki przeziębienia się przeważnie zboczeniami czynności nerwowych tłumaczą. I tak sądzi Seitz (w podręczniku Ziemssena zeszyt 43 i 45), że po przeziębieniu się stan pobudzenia nerwów czuciowych skóry przenosi się do ośrodków nerwowych a ztąd odruchowo na inne nerwy, posiadające dla bodźca owego szczególniejszą wrażliwość. Jeśli owo podrażnienie przeniesioném zostaje na nerwy czuciowe, powstają bóle gośćcowe lub też „bóle nerwowe z przeziębienia;“ gdy zaś nagabnięte zostają ośrodki naczynioruchowe, mogą powstać zmiany w świetle naczyń, przekrwienia lub nawet sprawy zapalne prawdopodobnie skutkiem przejścia pobudzenia na nerwy odżywcze. Jeżeli w końcu ów bodziec zadziała na ośrodek ciepłotę regulujący, rozwinie się pobudzenie gorączkowe. Przypuszczając jednak, że nieodzownym pierwszym warunkiem jest znachodzenie się istoty gorączkotwórczéj we krwi, należy przypuścić, że sprawa przeziębienia się sprowadza pierwéj ową zmianę krwi, która jest przyczyną większego zadrażnienia i zwiększonéj czynności ośrodków „ciepła.“ Że dawniejsza teoryja przeziębienia o upośledzonéj czynności skóry, dziś, w obec licznych odnośnych badań, szczególniéj Senatora, nie ma racyi bytu, jest rzeczą powszechnie przyjętą. *Sprawozd).* *Dr. Pisek.*

Prof. H. Senator (Berlin): **Leczenie higijeniczne białkomoczu.**

Na największą uwagę lekarza w leczeniu różnych chorób nerkowych, szczególniéj zaś choroby Brighta, zasługuje moczenie białkowe, lecz nie dla tego, że skutkiem długotrwającéj utraty białka odżywienie organizmu podupada, bo, zdaniem autora, przecież tak mała stosunkowo utrata białka (6 do 10 grm. dziennie) u dorosłego człowieka nie może dać powodu do żadnych ważnych następstw, chyba że dotyczy ona człowieka już skutkiem innych przyczyn w wysokim stopniu wyniszczonego. Powód, dla którego autor tak wielką wagę przywięzuje do pilnego oceniania białka w moczu i zwracania na niego uwagi, jest ten, że ilość białka w moczu jest miarą zmian anatomicznych w nerkach. Nadto białkomocz jest także i dla tego ważnym objawem chorób nerkowych, że w niektorych przypadkach białko samo działa drażniąco na miąższ nerki. Wprawdzie dotąd nie sprawdzono tego co do białka, które się w moczu w chorobach nerkowych znajduje, ale wnosić należy o tém przez analogiję z zachowaniem się w ustroju białka z jaja kurzego. Jeżeli bowiem dostanie się ono do krwi, to wydziela się nerkami. Często jednak nie dość na tém, że całą ilość białka kurzego, którą do krwi wprowadziliśmy, znajdujemy następnie w moczu, ale znajdujemy tam jeszcze i inne rodzaje białka, które mogą

z krwi pochodzić, jak białko surowicze i globulinę. Zdaniem autora podobnie jak białko kurze działa na miąższ nerkowy także pepton i parapepton.

Dotąd próby nasze i usiłowania w leczeniu białkomoczu nie były najszczęśliwsze. Ani środki ściągające, w szczególności tannin, ani fuchsyn, ani pilokarpin, ani kwasy, wcale nie uzyskały sobie zaszczytnego obywatelstwa pośród leków używanych w chorobach nerkowych. Zawiodły one wszystkie przedwcześnie w sobie pokładane nadzieje. Używa się wprawdzie jeszcze niektórych z nich, ale dla tego, że nie wie się o innych, któreby je zastąpiły. Także i kwas azotowy, na nowo ze składu rupieci naszéj farmakodynamiki wygrzebany, i z kilku stron znów gorliwie zalecony, wcale nie zasługuje na pierwszeństwo przed innemi. Senator mógłby co najwięcéj jeszcze nie odmówić pewnéj skuteczności jodkowi potasu w pewnych postaciach zapalenia przewlekłego nerek. Autor naturalnie ma tutaj na myśli tylko samo moczenie białkowe, nie zaś inne objawy chorób nerkowych, jak np. puchlinę, duszność itd., przeciw którym mamy przecież środki dość skuteczne. S. kładzie więc największą wagę w leczeniu albuminuryi na unikanie różnych szkodliwości i na odpowiednie higijeniczne zachowanie się. Jakkolwiek temi środkami nie można się spodziewać osiągnięcia zupełnego wyleczenia białkomoczu, to przecież zawsze więcéj o wiele się przez nie zyskuje, aniżeli przez użycie jakichkolwiek znanych i polecanych leków. Przedewszystkiém poleca S. zwrócić uwagę na dyjetę. Należy tu uwzględnić dwa momenty: 1) wpływ, jaki wywiera stan trawienia na białkomocz, 2) wpływ, jaki wywiera samo pożywienie. Co do pierwszego punktu, to wiadomo z nowszych doświadczeń, że w czasie trawienia ilość białka w moczu u osób cierpiących na białkomocz zwiększa się, lub w razie chwilowéj przerwy w wydzielaniu białka, białko znów występuje, a nawet, że niekiedy u ludzi zupełnie zdrowych po obfitéj uczcie białko chwilowo w czasie trawienia występuje w moczu. Na podstawie tych spostrzeżeń wnosi autor, że należałoby osobom chorym na białkomocz raczéj często w małych ilościach podawać pożywne pokarmy, niż rzadko w znacznéj ilości. O wiele ważniejszym jest wybór pokarmów. Już w dawniejszych czasach uważali lekarze, że po użyciu niektórych potraw lub napojów, zwiększa się ilość białka w moczu. Stwierdzili to doświadczenie J. C. Lehmann i Stokvis. Stwierdzono także przez doświadczenie, że białkomocz występuje przemijająco nietylko po zastrzyknięciu białka kurzego do krwi, ale także po wprowadzeniu znaczniejszych ilości tegoż do żołądka. Zdaniem więc Senatora należałoby unikać jaj w wyborze pożywienia dla osób chorych na białkomocz.

Ale także i z innemi pokarmami białkowatemi, jak np. z mięsem, należałoby być oględniejszym, aniżeli się to zwykle praktykuje skutkiem przeceniania utraty białka. Senator niejednokrotnie zauważył, że nawet u osób zdrowych niekiedy po obfitém spożyciu mięsa przemijająco występowało białko w moczu, a o wiele częściéj jeszcze wzmagał się istniejący białkomocz. Co do sera, to podobne spostrzeżenie podaje Christison.

Prócz wyżéj przytoczonych powodów, dla których S. uznaje nadmiar istot białkowatych w pożywieniu cierpiących na białkomocz za szkodliwy, przypomina jeszcze S., że i Lichtheim zwrócił przed niedawnym czasem uwagę, że nadmiar istot białkowatych w pożywieniu chorych na nerki jest szkodliwym. Nerki bowiem w stanie patologicznym mniéj są uzdolnione do wydalenia z ustroju mocznika i innych produktów powstałych z rozkładu w ustroju białka, a więc zwiększona ilość tych produktów rozkładowych zagraża tém bardziéj powstaniem mocznicy. Po spożywaniu znaczniejszéj ilości istot białkowatych, a szczególniéj mięsa, zwiększa się ilość wydzielanych fosforanów w moczu; Fleischer zaś wykazał, że w chorobach nerkowych wydzielanie soli fosforowych znacznie jest upośledzoném. A więc i tutaj mamy o powód jeden więcéj, dla którego S. jest przeciwnym podawaniu znaczniejszych ilości białka.

Z tych powodów stosowniej jest polecić takim chorym pożywienie, w którego skład wchodzą gatunki mięsa uboższe w białko jak drób, ryby, cielęcinę itd. Również z jarzyn należy wybierać te, które mniéj zawierają białka, jak np. owoce, sałaty, kapusty itd. Co się tyczy napojów, to dotąd więcéj instynktowo wzbraniano używania napojów wyskokowych. Dopiero w ostatnich czasach Penzoldt udowodnił, że wyskok etylowy i amylowy sprawiają u psów zapalenie nerek. Za najmniéj szkodliwe z napojów wyskokowych uznaje jeszcze S. wszelkie gatunki win lekkich, szczególniéj czerwonych. Z innych napojów poleca S. szczególniéj słabe wody alkaliczne, zawierające znaczniejszą ilość kwasu węglowego. Za najstosowniejszą dyjetę dla chorych na białkomocz uważa S. dyjetę mleczną.

W pośrodku między higijeniczném a lekarskiém traktowaniem chorób stoi stosowanie wód mineralnych. Z wód zwykle stosuje się słone lub słono-alkaliczne. Właściwie należałoby ze stanowiska fizyjologii wnosić, że takie wody drażnią nerki. S. stara się ich niezaprzeczenie korzystne działanie tłumaczyć wpływem na przewód pokarmowy a nadto zmianą, jaką te wody w przemianie pierwiastków wywołują.

Co się wreszcie tyczy leczenia kąpielowego, to ono zawdzięcza swoje użycie raz korzystnemu wpływowi na przemianę pierwiastków, powtóre zaś wpływowi czysto miejscowemu na skórę. S. kładzie szczególniejszy nacisk na to drugie. Kąpiele podniecają czynność skóry. Skóra jak wiadomo działa do pewnego stopnia zastępczo śród zmian patologicznych nerek. Szczególniéj zaś skóra wydziela znaczną ilość wody z ustroju. Skutkiem tego nerki mają mniéj pracy, a że mniéj wydzielają wody, więc zdaniem S. mniéj także odchodzi przez nie części stałych. S. przekonał się, że, jeżeli skutkiem podnieconéj czynności skóry, odchodzi przez nią znaczna ilość wody, to ilość bezwzględna białka w moczu jest znacznie mniejszą. Jako najstosowniejsze z tego powodu uważa S. kąpiele słone, bo te najdłużéj utrzymują przekrwienie w skórze, a tém samém najwięcéj ułatwiają zadanie nerek.

S. zauważył daléj, że każdy większy ruch mięśniowy zwiększa ilość białka wydzielonego z moczem. Dla tego należałoby chorym takim zakazywać wszelkich nużących wycieczek lub pracy mechanicznéj.

Przestrach, zgryzoty i inne tym podobne wpływy psychiczne wywołują zwiększenie białkomoczu. Podobnież ilość białka wydzielanego moczem zwiększa się u kobiet w czasie miesiączkowania. S. tłumaczy to większym napływem krwi do narządów miednicy. W końcu wspomina S. o kuracyi klimatycznéj w białkomoczu. Zalety téj kuracyi polegają na usunięciu chorych od szkodliwych wpływów dyjetetycznych i psychicznych. Ze względu na potrzebę łagodnego a suchego powietrza, aby podniecić działanie skóry, uważa S. za naj-

stosowniejsze wysyłać takich chorych do Griess, do Meranu, do Riviery di Ponenta, do Bordighery, do Cannes itd., a przedewszystkiém do Kairu. *(Berliner klin. Wochenschrift,* Nr. 49, 1882). *Dr. Kopff.*

Dieberg (w Mińsku): **Przyczynek do nauki o śmierci ze zmarznięcia.**

Przed 19 laty autor ogłosił w kwartalniku Caspra opis 100 sekcyj sądowych, między któremi było 10 przypadków śmierci ze zmarznięcia, na podstawie których twierdził, że rodzaj ten śmierci cechuje się przepełnieniem serca krwią ciemną, płynną, wśród której czasem znachodzą się luźne skrzepy w małéj ilości. Twierdzenie to częścią nie zwróciło uwagi na siebie, częścią okazało się jako niedostatecznie uzasadnione. Obecnie D. odwołuje się nie tylko do owych 10 przypadków, ale i do późniejszych 21, które spostrzegał w Kazaniu i Mińsku i twierdzi, że w każdym przypadku znajdował znaczniejsze nagromadzenie krwi w sercu (średnio 293 gramów), podczas gdy w otruciu wyskokowém np. średnio tylko 72 gramów zauważył. Obstaje więc tém bardziéj przy dawniejszém swém twierdzeniu, że przepełnienie serca krwią u trupa zmarzniętego dowodzi śmierci ze zmarznięcia. Wynik przeciwny podawany przez innych lekarzy, zdaniem autora jest następstwem niestósownego postępowania śród sekcyi, a mianowicie podniesienia i wyjęcia serca; dlatego podwięzuje serce razem z większemi naczyniami, wyjmuje je i waży razem z krwią, poczém serce otwiera, a po wypuszczeniu krwi wypłukuje je wodą i waży ponownie. — Śmierć ze zmarznięcia tłumaczy D. według praw czysto fizycznych: zimno działa ściągająco, nasamprzód zwężają się naczynia powierzchowne, a późniéj i głębsze; serce nadaremnie pracuje, aby wpędzić krew do naczyń zwężonych, podczas gdy płuca jeszcze czynne krew do serca doprowadzają; ztąd pochodzi nagromadzenie się krwi w sercu i jego porażenie. *(Viertelj f. ger. Med.* 38, z t. I. 1883).

(Zbyt prosto tłumaczy D. śmierć ze zmarznięcia, gdyż zapomina, że jakkolwiek zrazu naczynia się zwężają, wkrótce następuje ich porażenie i że ani bieg ani objawy nie odpowiadają śmierci z porażenia serca. Prawdą jest, że lekarze sądowi w Europie środkowéj rzadko kiedy mają sposobność badania zwłok ludzi zmarłych ze zmarznięcia, a to z powodów, które gdzieindziéj wyłuszczyliśmy; ztąd to pochodzi, że dyjagnostyka tego rodzaju śmierci wcale nie jest jeszcze ustaloną. Jeżeli więc D. nie przywięzuje wagi do wielu prac nowszych, to po części ma słuszność, ale niesłusznie pomija pracę rodaka swego Bielina, ogłoszoną w *Sborn. Sudiebn. Medic.* 1875, która, o ile ją poznaliśmy z rozprawy Dra Strzyżowskiego w Piotrkowie, ogłoszonéj w r. 1881 w *Gaz. Lek.*, zdaje nam się być wcale dobrą. Co do nas mieliśmy sposobność badania przed kilku tygodniami dwóch mężczyzn, którzy niewątpliwie i jednocześnie zmarli ze zmarznięcia; u jednego z nich obie komórki sercowe były próżnemi, u drugiego zawierała komórka prawa dużo skrzepów świeżych i dawniejszych, a w lewéj śród belek obfite znajdowały się skrzepy. A więc obraz odmienny u dwojga ludzi śród tych samych warunków zmarłych. *Sprawozd.*) *L. B.*

Wiadomości pomniejsze.

Ω **Penas Afer**, chrząszcz pospolity w Hiszpanii, ma mieć według p. Armengue własności podobne bardzo jak nasze kantarydy. Ma on przewyższać kantarydy tém, że wcale nie drażni narządów moczowych i rodnych, a zupełnie dobrze działa jako *vesicans*, wywołując tak samo jak *emplastrum cantharidarum* pęcherze na skórze. *(Allg. med. Central-Ztg.)*.

Ω **Porrigo favosa** (*favus*). Mc. Call Anderson uważa myszy za przyczynę téj znanéj choroby skórnéj. Koty, które pożerają myszy, chore na tę grzybkową chorobę, dostają jéj w nieco odmiennéj postaci same. Z kotów ma się przenosić na ludzi, którzy je pieszczą *(Allg. med. Centralztg.*, Nr. 5, 1883).

Ω Na posiedzeniu *Société médicale des Hôpitaux* w Paryżu dnia 22 grudnia r. z. mówił Martineau **o kile u małp.** M. zaszczepił małpie na prąciu wydzielinę z dwóch szankrów. Po 28 dniach powstał na miejscach zaszczepienia w obydwóch miejscach nadżerek, o dnie szarawo-czerwoném, o brzegach nieco obrzmiałych, wzniesionych, ze wszystkiemi oznakami właściwemi kile pierwotnéj. W dwa dni późniéj wystąpiło obrzmienie gruczołów pachwinowych a następnie w parę dni obrzmienie gruczołów pachowych. Obecnie zamierza M. badać daléj, czy zmiany te udzielą się samicy śród spółkowania z zarażonym samcem. *(Allg. med. Central-Ztg.*, 1883).

Ω G. Sée i Boche Fontaine: **O działaniu fizyjologicznem** *Convalaria majalis.* Już w r. 1880 stwierdzono, że *Convalaria majalis* wywiera wpływ na ruchy serca i wydzielanie moczu. Autorowie zrobili następujące spostrzeżenia, zachęceni pracami Troickiego i Bojojawleńskiego.

Jedna kropla wyciągu konwalii sprowadza ustanie ruchów serca żabiego w ciągu $1\frac{1}{2}$ do 2 minut. Serce ustało bić w czasie skurczu. Ruchy dowolne i pobudliwość odruchowa były zachowane. Po zastrzyknięciu podskórném serce ustało bić nieco późniéj, niż po bezpośredniém zastósowaniu. 4 krople wstrzyknięte psu w żyłę sprowadzały śmierć zwierzęcia w ciągu 10 minut, a to skutkiem ustania ruchów serca. Po użyciu dawek niezabijających uważano znaczne podniesienie ciśnienia krwi, zwolnienie oddechów, które stawały się głębszemi. *Convalaria* jest również lekiem silnie moczopędnym. Na téj zasadzie uważają autorowie *Convalaria majalis* jako jeden z leków silnie działających na serce, a mający tę wyższość nad digitalinem, że wcale nie wywiera skutków zbiorowych. Działanie moczopędne *Convalariae* jest silniejsze, niż wszystkich dotąd używanych środków moczopędnych. (*Journ. de thérapeut.* Nr. 2, 1883).

Ω Na jedném z ostatnich posiedzeń „*Academy of medecine*“ w Nowym Yorku miał Dr. P. A. Morrow wykład o **wycinaniu wrzodu twardego** celem usunięcia zmian następowych i syfilitycznego zakażenia organizmu. Na podstawie wieloletnich doświadczeń Morrow podaje: 1) Wrzód twardy wcale nie jest zmianą miejscową. Przez wycięcie go wcale się nie usuwa jadu syfilitycznego. 2) Z tego powodu wycięcia wrzodu twardego, dla zapobieżenia powstaniu kiły, klinicyści i praktycy winni zaniechać. 3) Wyniki dodatne, jakie niektórzy autorowie podają, polegają na błędzie rozpoznawczym lub na niedokładnéj obserwacyi. 4) Gdzie po wycięciu nie wystąpiły zmiany drugorzędne, tam należy skutek ten przypisać nie operacyi, lecz innym przyczynom. 5) Nie ma dotąd dowodu, aby przez wycięcie jad syfilityczny słabiéj działał, albo żeby objawy ogólne łagodniéj przebiegały. 6) Wycięcia nie można nawet uważać jako miejscowego „*Adjuvans,*“ bo ono jest przeciwném wszelkim zasadom chirurgii racyjonalnéj konserwatywnéj. — W dyskusyi zabierali głos Keyes, Bronson, Fox, Stargis, Buckley, Taylor i Otis. Wszyscy zgadzają się na zapatrywania Dra Morrowa w zasadzie, Taylor jednak i Otis są zdania, że przez wycięcie wrzodu pierwotnego, jakkolwiek nie zapobiega się wystąpieniu kiły drugorzędnéj, to przecież kiła przebiega łagodniéj. *(New York. Med. Record).*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sprawozdanie z posiedzenia Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk d. 5 października 1882.

Przewodniczący prezes Matecki. Obecni prócz przewodniczącego i sekretarza koledzy: Grodzki, Kaczorowski, Kapuściński, Jarnatowski, Jerzykowski, Osowicki, Stan, Zielewicz.

Podczas rozprawy nad chorobami nagminnie panującemi kol. Kapuściński wspomina, iż liczne jeszcze spotyka w praktyce swéj przypadki płonicy i krztuśca. Kol. Jarnatowski, stwierdzając pojawienie się wymienionych chorób, przytacza zajmujące i nader ciekawe spostrzeżenie. Zauważył bowiem w trzech przypadkach u dorosłych nabrzmienia nóg obok innych objawów przemawiających za zapaleniem nerek, lecz bez najmniejszéj wysypki, podczas gdy w tychże samych rodzinach dzieci dotknięte były płonicą zupełnie rozwiniętą. Kol. J. przypuszcza więc, iż w powyższych 3 przypadkach osoby dorosłe przebyły także płonicę, lecz bez wysypki i zapalenia gardła. Kol. Jerzykowski mniema, iż tegoroczna epidemija płonicy brakiem wysypki, a częstszemi objawami zapalenia nerek odznaczać się zdaje. Kol. Kaczorowski godzi się na tłumaczenie wspomnianych przez kol. Jarnatowskiego, a nieznanych mu dotąd przypadków i nadmienia, iż powtarzają się znowu przypadki duru powrotnego i to ze silném podrażnieniem opon rdzenio-mózgowych; gorączka w tych przypadkach nieraz dochodzi aż do 42°C. Z pomiędzy dość jeszcze licznych przypadków biegunki krwawéj podnosi jeden, w którym nastąpiło wgłobienie jelita grubego w długości 25cm. Wgłobienie to dotyczyło okrężnicy poprzecznéj i zstępującéj. Kol. Osowicki zauważa, iż nadzwyczaj wielki procent przypadków płonicy przechodzi w zapalenie nerek. W ostatnim czasie mało w ogóle leczono przypadków płonicy w szpitalu dziecięcym. Dość często napotyka kol. O. zapalenie błon mózgowych po płonicy. W jednym tylko przypadku widział powikłanie z dyfteryją; w końcu zwraca uwagę na spostrzeżenie, że w miarę silniejszego rozwoju płonicy wzmagają się także choroby popołogowe i mniema' iż zachodzić tutaj musi istotnie jakiś związek pomiędzy temi chorobami, na co się starzy godzili lekarze. Kol. Zielewicz nie podziela jednak tego zdania, ale raczéj przypadkowi odgrywać w tém każe rolę. Sądzi mianowicie, że doświadczenia Semmelweissa dostatecznie ową starą teoryję obalają. Po téj uwadze opowiada kol. Zielewicz przypadek opuchliny głośni u 4-letniéj dziewczynki ze zupełnym bezgłosem. Przywołany, zrazu sądził, że nastąpiło mechaniczne zatkanie głośni. Sposobiąc się już do operacyi dał wprzód środek wymiotny, poczém niebawem nastąpiło znaczne polepszenie. Badając ściśléj przekonał się, że opuchlina ta powstała w następstwie zapalenia nerek po płonicy.

Sekretarz przedstawia przypadek przetrwania błony źrenicznéj u 7-letniéj dziewczynki poprzedziwszy takowy krótkiém objaśnieniem. Przypadek ten jest jednym z trzech w téj saméj rodzinie zaszłych. Szczegółowy opis wszystkich 3 przypadków podany będzie w Przeglądzie Lekarskim.

Odroczoną dyskusyję nad projektem Tow. Lek. Warsz. dotyczącym zasad, obowiązków i praw lekarzy na nowo podjęto. Zabierali w niéj głos prawie wszyscy obecni koledzy i ostatecznie zgodzono się na to, ażeby załatwienie téj sprawy, niemającéj bezpośredniego znaczenia dla Wydziału lek. T. P. N. jako korporacyi czysto naukowéj, powierzyć sekretarzowi.

Nastąpił wybór jednogłośny Dra Leona Świderskiego z Barcina na członka zwyczajnego.

W końcu przewodniczący przedłożył zgromadzeniu zaproszenie Wydziału gospodarczego 55tego Zjazdu niemieckich lekarzy i przyrodników do Eisenachu, poczém posiedzenie zakończono. *Dr. B. Wicherkiewicz,*
Sekretarz.

VI. List z Paryża.

d. 8 lutego 1883.

Kwestyją, zajmującą obecnie w wysokim stopniu tutejsze sfery lekarskie, jest starodawne pytanie, w jakim stosunku pozostaje mózg człowieka do jego inteligencyi.

Nadzwyczaj mały ciężar mózgu Gambetty uderzył wszystkich. Nieprzyjemnie dotknęło to Francuzów, gdy się dowiedzieli, że znakomity mąż stanu posiadał go zaledwie 1.156 gr. W obec rozpowszechnionego, i mimo pewnéj liczby podobnych przykładów utrzymującego się jeszcze mniemania, że ciężar mózgu pozostaje w prostym stosunku do stopnia rozwoju umysłowego, wybitny ten fakt stał się bodźcem do wznowienia usiłowań o wyjaśnienie téj kwestyi. Nie bez interesu więc będzie może zdanie sprawy z przebiegu i wyniku téj pracy, i przedstawienie poglądu, jaki tutaj obecnie przeważa. Przystępując do opisu anatomii mózgu Hyrtl przytacza stare: *Obscura textura, obscuriores morbi, functiones obscurissimae.* Badaniom lat ostatnich jednak zawdzięczamy uchylenie bodaj skrawka téj zasłony; wiemy choć w przybliżeniu, w których częściach mózgu znajdują się ośrodki niektórych czynności ruchowych, siedzibę ośrodków czucia z trudnością ale przecież powoli zaczynamy poznawać. Do osiągnięcia tych wiadomości dały pewien punkt oparcia obserwacyje kliniczne w połączeniu z badaniem pośmiertném, oraz badania fizyjologiczne na zwierzętach. Ale w szukaniu ośrodków czynności najszlachetniejszych mózgu, czynności, których suma stanowi to, co zowiemy inteligencyją, nie mamy takich podstaw. Trzeba je dopiero wykryć. Badając mózg ludzi należących do różnych ras i na rozmaitych stopniach cywilizacyi stojących, znaleziono pewne różnice, mianowicie w objętości i wadze, kształcie zewnętrznym, wejrzeniu i właściwościach budowy.

Co do rozmiarów i ciężaru, które to własności pod jednę rubrykę podciągnąć można, mózg ludzki przedstawia pewne odmiany zależne od rasy i od płci, jak się to okazuje z zestawienia średnich cyfr statystyki różnych krajów: Anglija mężcz. 1.450 grm., kob. 1.250 grm.; Francyja m. 1.350 grm., k. 1.200 grm.; Niemcy m. 1.400 grm., k. 1.250 grm.; Austryja m. 1.350 grm., k. 1.200 grm.—Murzyni półn. Afryki m. 1.250 grm., k. 1.200; mieszkańcy przylądka Dobréj Nadziei 950 grm.

Jest więc różnica widoczna w ciężarze mózgu rasy białéj a czarnéj. Taż sama tablica wykazuje i między szczególnemi ludami Europy małe różnice, a w stosunku mężczyzn do kobiet różnicę stałą. A jednak te narody w ogóle nie są jeden od drugiego mniéj inteligentne, jak również i kobiet inteligencyja nie jest mniejszą niż u mężczyzn, ale tak u narodów jak i płci przeważa pewien kierunek w inteligencyi. Wystarczy porównać charakter Francuza a Anglika lub Niemca, charakter mężczyzny a kobiety. Łatwość przyjmowania wrażeń, analizy, obserwacyi nieraz u kobiety większa, ale u mężczyzn większa zdolność łączenia pojęć, grupowania, uogólniania ich, jednem słowem czynność umysłu kobiety jest więcéj drobiazgową, umysłu mężczyzny ogólniejszą, szerszą. Czy jednak wyrazem tych odmian jest odmienny ciężar mózgu, trudno rozstrzygnąć. Mojém zdaniem trzeba wziąć także na uwagę budowę i ciężar ciała. Francuzi w ogóle mniejszego są wzrostu niż Niemcy, kobieta drobniejszéj budowy niż mężczyzna i te różnice okażą się analogicznemi z różnicą w ciężarze mózgu u rasy białéj, gdy przeciwnie, mniejszy ciężar mózgu u rasy czarnéj lepiéj się uwydatni w obec tego, że Murzyni w budowie ciała wcale Europejczykom nie ustępują.

W jednéj i téj saméj rasie objętość mózgu ulega zmianom z postępem czasu. Do tego wniosku doszedł Broca badając pojemność czaszek z różnych stuleci. Podczas robót około ratusza miasta Paryża natrafiono na groby kamienne z dobrze zachowanemi szczątkami ludzi z XII wieku. Ró-

wnież śród porządkowania cmentarza zachodniego znaleziono czaszki z XVI i XVII wieku. Porównywając pojemność tych czaszek między sobą i czaszkami obecnego stulecia Broca znalazł pewną różnicę, na podstawie której twierdzi stanowczo, że w miarę dojrzewania rasy objętość mózgu się zwiększa.

Przytaczam ten szczegół dla ciekawości raczéj, tak jak i następujące spostrzeżenia nienależące ściśle do przedmiotu. Stosunku mózgu do inteligencyi szuka p. Lebon mierząc obwód głowy u znacznéj liczby osób różnych stanów i zajęć przeważnie w Paryżu, i w końcu układa następującą listę: Największy wymiar przedstawiają głowy uczonych i literatów. O wiele mniejszy mają mieszczanie, za tymi idzie zaraz szlachta, w znacznėm oddaleniu, jak przystoi, idą służący i wyrobnicy, wieśniacy na końcu. Jeszcze dowcipniéj i trzeba przyznać całkiem wygodnie urządził swe „badania" p. Lavrant. Z pomocą patronometru i wszystkich kapeluszników paryskich, dowiedział się, w których dzielnicach miasta jakich kapeluszy najwięcéj odchodzi, i oto rezultat nader wesoły: w *quartier latin* największe kapelusze, dzielnice arystokratyczne i kupieckie, średnia miara, najmniejsza w okolicy kościoła St. Sulpice, seminaryjów.

Od tych tak mało naukowych i jeszcze mniéj ścisłych spostrzeżeń wróćmy do poważniejszych. Na zakończenie rzeczy o ciężarze mózgu oto niektóre daty dotyczące znakomitości: Mózg Schillera ważył 1.760 gr., Dupuytrena 1.460, Cuviera 1.900, Benneta 1.340, Byrona 2.000, Cromwella przeszło 2.000, Gambetty 1.156. Jakżeż trudno w obec tych różnych liczb zgodzić się na dawne przypuszczenie, że od ilości mózgu zależy stopień inteligencyi?

Kształt ogólny czaszki, a więc i mózgu nie ma wpływu żadnego. *Brachycephali, mesocephali* czy *dolichocephali* nie różnią się w inteligencyi. Do tych ostatnich należące rasy niższe nie wchodzą tu w rachubę. Ale co jest ciekawe, to spostrzeżenie świeżo ogłoszone p. Orszańskiego, który w kilku zakładach karnych miał sposobność zbadać kształt czaszki więźniów, i znalazł u złodziei wymiar poprzeczny średni stosunkowo mniejszym, poprzeczny tylny, tj. między guzami bocznemi, większym, i sklepienie czaszki więcéj wypuklone niż u innych.

W końcu należy wziąść pod uwagę właściwości budowy mózgu. Porównywając mózgi ludzi najmniéj inteligentnych z rasy południ. Afryki z mózgiem małpy z jednéj strony, z drugiéj zaś z mózgiem Europejczyka, widzimy ogromną różnicę w kształcie i liczbie zwojów. Mózg małpy przedstawia na powierzchni małą ilość rowków, zwoje są szerokie, płaskie, nieliczne. Mózg Wenery Hotentockiéj i Buszmana ma ich nieco więcéj (wszystkich tych mózgów mamy odlewy gipsowe przed sobą). Porównywając z poprzedniemi mózg człowieka naszéj rasy, na pierwszy rzut oka widzimy bez porównania większą liczbę zwojów, ich rysunek zawiły, zakręty, wybitność rowków. Obok niego jakżeż tamte są proste, pojedyńcze w zewnętrznėm wejrzeniu! Sama przez się przychodzi myśl, że ilość i wykształcenie zwojów pozostają w pewnym stosunku do inteligencyi. I rzeczywiście robiono spostrzeżenia na mózgach wszystkich ras i ludzi rozmaitych stopni inteligencyi i skonstatowano stały przybytek w liczbie zwojów, w miarę jak badane mózgi do coraz wykształceńszych ludzi należały. Ludzie bardzo inteligentni posiadają tak znakomitą ich liczbę, że trudno odszukać głównego podziału, zwojów przejściowych *(plis de passage)* nie podobna odróżnić od głównych. Mózg Gambetty przychodzi jeszcze na poparcie téj hipotezy. U niego znaczna liczba zwojów, ich wydatny rysunek, a nader zawiły wynagradza mały ciężar mózgu.

Budowa histologiczna zdaje się także nie być bez wpływu na stopień inteligencyi. Ilość komórek nerwowych nie we wszystkich mózgach jednaka. Po durze pozostające czasem ogłupienie odpowiada zmianom w budowie istoty korowéj: ilość komórek zmniejszona. O wpływie krążenia na inteligencyję nie wspominam, bo jeżeli jest, to chwilowy, jak ociężałość po jedzeniu, rzeźkość umysłu po spoczynku.

Jak widzimy, i co zresztą było do przewidzenia, nie mamy ścisłych podstaw do określenia siedziby środka inteligencyi w mózgu. Te jednak podstawy, które uzyskać można było, uzasadniają twierdzenie, że według wszelkiego prawdopodobieństwa w istocie korowéj odbywają się te czynności mózgu, których sumą, wynikiem ogólnym jest inteligencyja, że więc ilość i wykształcenie zwojów pozostaje w pewnym stosunku do stopnia téjże. *Dr. Ebers.*

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

○ W Cesarstwie Niemieckiém według *Reichs-Medicinal Kalender f. Deutschland* na r. 1883 znajduje się 17.623 lekarzy, 4.430 aptekarzy, 2.576 zakładów szpitalnych. Na 10.000 mieszkańców przypada średnio 3,87 lekarzy, 0,98 aptekarzy a 0,56 zakładów szpitalnych. Cyfry te są wielce różne w pojedynczych państwach i miastach: w Prusach przypada na 10.000 m. 3,17 lek., w Bawaryi 7,31, w Berlinie 9,33, w Frankfurcie 2,10, w Poznaniu 1,79 itd.

C Liczba lat jaką uczniowie poświęcać muszą na naukę w Wydziałach lekarskich, zanim do egzaminów dopuszczonymi zostaną, jest w różnych krajach różną: W Szwecyi 10 lat, w Norwegii 8, w Danii 6 lub 7, w Belgii, Holandyi, we Włoszech, Szwajcaryi 6, w Rosyi, Portugalii, Austryi, Węgrzech 5, we Francyi, Anglii, Kanadzie 4, w Stanach Zjednoczonych 3 lub 2, w Hiszpanii 2.

Ω Zjazd niemieckich higijenistów, który w roku zeszłym z powodu pożaru na wystawie berlińskiéj nie przyszedł do skutku, zbierze się w tym roku w czasie Zielonych Świątek. W dniu 17 maja będzie miał prof. Virchow wykład: „O użyciu nieczystości miejskich". W dniu następnym będą mówić Drowie Wolffhügel i Tiemann: „O higienicznéj ocenie wody do picia do użytku codziennego". Prócz tych wykładów zapowiedzieli jeszcze Dr. Fischer z Hanoweru, prof. Cohn z Wrocławia, inżynijer Herzberg z Berlina wykłady o sztucznėm oświetlaniu. Wycieczka w dniu 18 maja odbędzie się na pola zraszane cieczami kanałów spławnych.

Ω W Brukseli znaczna liczba obywateli wraz z całą radą gminną wniosła petycyję do parlamentu, o pozwolenie palenia zwłok ludzkich. Komisyja Izby belgijskiéj bardzo przychylnie przedstawiła petycyję Izbie i czyni w końcu wniosek: „Izba zechce uchwalić: poleca się ministrowi sprawiedliwości, aby zdał sprawę, jakieby mogło grozić niebezpieczeństwo z powodu wprowadzenia palenia ciał w dochodzeniach i poszukiwaniach karnych i w jaki sposób możnaby te niebezpieczeństwa usunąć; ministrowi zaś spraw wewnętrznych, aby przedstawił, czy nie uznaje za stosowne i czy nie ma zamiaru uczynić wniosków co do praw, przez któreby gminy miały moc wprowadzić i uregulować palenie zwłok.

☐ Na posiedzeniu paryskiego Towarzystwa Medycyny publicznéj i Higijeny, które odbyło się 25 stycznia, ustępujący prezes prof. Dr. Brouardel miał dłuższą przemowę, w któréj tak określa lekarza higijenistę: „cechą, która go wyróżnia, jest daremszczyzna pracy i urzędowania, oraz systematyczne lekceważenie ze strony władzy, uwag i rad, których ta władza sama od niego żąda".

☐ W Paryżu wychodzi 1291 dzienników: 59 treści religijnéj, 118 prawnéj, 240 ekonomicznéj, 22 geograficznéj, 38 pedagogicznéj, 62 filologicznéj, 128 pism ulotnych, 11 poświęconych sztuce, 3 fotografii, 9 architekturze, 3 archeologii, 15 muzyce, 29 scenie, 73 modzie, 138 technologii, 92 medycynie i

farmacyi, 51 naukom ścisłym, 24 wojskowości, 28 gospodarstwu, 18 chowu koni, wreszcie 23 treści rozmaitéj.

□ W *Revue mensuelle des maladies de l'enfance* podaje Dr. Launois w zeszycie lutowym statystykę za rok ubiegły błonicy i dławca w paryskim *Hôpital des enfants malades*: wszystkich chorych było 792, wliczając przypadki domowe, których było 117. Tracheotomiję wykonano na 304 chorych, z których 248 umarło, 56 wyzdrowiało, co wynosi 18·6%.

Ω Przed niedawnym czasem *Times* umieścił dwa ciekawe artykuły o przyczynach wyludnienia Francyi. Obecnie jedna z przełożonych domów dla sierót w Paryżu Mss. Ada M. Leigle, uzupełnia doniesienia poprzednie tém jeszcze, że we Francyi w ciągu czasu od 1876—1880 odebrało sobie życie 198 chłopców i 40 dziewcząt, liczących niżéj 15 lat wieku. Z tych małych samobójców 200 miało niespełna 12 lat, 21 dochodziło 10—11 lat, 6 nie miało jeszcze 9 lat, a najmłodszy samobójca liczył dopiero 7 rok!

Statystyka epidemij. W tygodniu od 4—10 lutego umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: 27,8. Z ospy umarło 1, z płonicy 1, z krztuśca 1, z duru brzusznego 1, z duru osutkowego 1. Doniesiono w tymże czasie: o 4 przypadkach ospy, 9 płonicy, 1 błonicy, 5 duru osutkowego. W tygodniu od 28 stycznia do 3 lutego ospa w Londynie wcale się nie zmieniła. Świeżo zapadło 18, umarło 5, leczyło się w szpitalach 104. W Wiedniu i Warszawie umarło po 4, w Brukseli, Lizbonie i Aleksandryi po 5, w Roterdamie i Walencyi po 7, w Paryżu i Madrycie po 15, w Petersburgu 17, w Nowym Orleanie 13, w Baltimore 83. Epidemija tyfusu w Paryżu, Bukareszcie i Aleksandryi złagodniała. Z duru osutkowego umarło w Madrycie 5, w Petersburgu 3, w Londynie 2. Ponieważ cholera w Hedjaz od 6 grudnia r. z. więcéj się nie pojawiła, przeto zniesiono środki ostrożności zarządzone w Aleksandryi.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 28 stycznia do 3 lutego umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 39,3; w Warszawie 32,5; w Poznaniu 28,2; w Wiedniu 29,1; w Budapeszcie 32,6; w Pradze 33,5; w Tryjeście 35,9; w Berlinie 27,0; w Wrocławiu 30,8; w Gdańsku 18,6; w Mnichowie 32,2; w Kolonii 21,7; w Lipsku 22,4; w Dreźnie 24,2; w Bazylei 24,6; w Brukseli 29,2; w Amsterdamie 26,9; w Hadze 28,1; w Paryżu 26,7; w Londynie 21,7; w Kopenhadze 26,6; w Stokholmie 26,7; w Chrystyjanii 15,8; w Petersburgu 41,7; w Odesie 35,8; w Wenecyi 37,7; w Bukareszcie 40,3; w Madrycie 32,6; w Lizbonie 29,0; w Aleksandryi 44,2; w Nowym Yorku 26,4; w Filadelfii 22,2; w Bombayu 28,0; w Madrasie 42,4. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 22 lutego. Spełniamy obowiązek smutny, poruszając kwestyję arcyniemiłą. Z pewnego miasta galicyjskiego dochodzą nas od dni kilkunastu tak plakaty *in folio* drukowane na papierze barwnym, przeznaczone do ozdobienia rogów ulic i rzeczywiście na nich porozlepiane, mieszczące w sobie „Uwiadomienie“ podpisane przez pewnego lekarza, oraz numery okazowe pewnego pisma przemysłowego, w których uwiadomienie to dosłownie również z podpisem tegoż lekarza jest powtórzone. Opiewa ono zaś jak następuje:

Uwiadomienie.

„Podaję do wiadomości interesowanych, że nabyłem apparat respiracyjny Haukego, służący i poprawiający stan zdrowia u astmatyków, cierpiących na rozedmę płuc i nieżyty oskrzelowe, także w wadach sercowych. — Daléj jestem w posiadaniu dwóch prądów elektrycznych, stałego i indukowanego, które to narządy w chorobach rdzenia, neuralgiach, apopleksyach, wielkie polepszenie czynią. W końcu leczę choroby kobiet i niepłodność tychże, za pomocą dilatacyi sposobem Ellingera i nacięciami nożykiem Küchenmeistra, natryskami do saméj jamy macicy sposobem prof. Brauna; — daléj choroby krtani przy użyciu laryngoskopu, choroby oczne przy badaniu szczegółowém, w potrzebie z użyciem wziernika ocznego, także w chorobach wewnętrznych, chirurgicznych, wenerycznych, usznych wykonaniem próby Politzera i akuszeryi.“

Uważamy za zbyteczne, wdawać się w krytykę stylu i loiki piszącego, bo one same się sądzą. Stanowczo jednak potępić musimy niebywały dotąd rodzaj jarmarcznéj reklamy, uwłaczający godności i powadze stanu lekarskiego. Podobnego wykroczenia przeciw etyce lekarskiéj nawet żaden kodeks moralny nie przewidział, a pokazuje się, jak dobroczynną instytucyją byłaby Izba lekarska, powołana do karcenia takich wybryków. Dopóki Izb lekarskich w kraju nie ma, na nas ciąży obowiązek napiętnowania faktu oburzającego, na szczęście dotąd odosobnionego. Jeżeli jednak wolno było autorowi plakatu rozporządzać swoją godnością, my jesteśmy przekonani, że będziemy tylko tłumaczami obrażonéj opinii publicznéj, wyrażając najwyższe oburzenie i piętnując fakt wywołujący zgorszenie tak pomiędzy lekarzami jakoteż u publiczności, a wymownym dowodem tego są nietylko listy kolegów, które nas doszły, ale i okoliczność, że władza miejska widziała się zmuszoną polecić usunięcie plakatów przez wzgląd na obyczajność publiczną. Tuszymy sobie, że oświadczenie niniejsze, uczynione po sumienném zbadaniu sprawy, będzie przestrogą dla niedoświadczonych, aby przypadkiem złego przykładu nie naśladowali; zamilczenie zaś nazwiska autora plakatu niechaj mu służy za dowód, że jesteśmy dla niego względniejszymi, aniżeli był sam dla siebie, że przypuszczając możność poprawy nie chcemy jéj utrudnić przez rozgłoszenie jego nazwiska na całym obszarze, po którym czasopismo nasze się rozchodzi. Oświadczamy jednak stanowczo, że w razie powtórzenia się gdziekolwiek i przez kogokolwiek podobnego wybryku, nie będziemy po raz wtóry powodować się pobłażliwością, lecz podamy do wiadomości nazwisko wykraczającego oraz miejsce jego zamieszkania. *Komisyja Redakcyjna Przeglądu Lek.*

* Po śp. Dr. Pizarze są do sprzedania książki i narzędzia lekarskie. Można je oglądać u kol. docenta Pieniążka.

* **Wiedeń.** Dyrektor szpitala powszechnego Hoffmann wystosował do władz memoryjał względem urządzenia trupni (Morgue) na kształt paryskiéj w bliskości zakładu anatomii patologicznéj.

* **Czerniowce.** Na rok bieżący wybrani zostali w Tow. lekarskiém przewodniczącym Dr. Załoziecki, a jego zastępcą Dr. Uszyński. Towarzystwo liczy obecnie członków 58.

* **Wiadomości osobowe.** Starszym lekarzem w rezerwie mianowany został Dr. Michał Janocha w Krakowie.

Stopień doktora w. nauk lek. w Uniw. Jagiell. otrzymał p. Feliks Marcisiewicz z Ludwinowa w Król. Polskiém.

* **Nekrologija.** D. 11 bm. umarł w Radomiu Dr. Walenty Rontal, b. lekarz sztabowy wojsk polskich, kawaler krzyża *virtuti militari*, członek honorowy warszawskiego Towarzystwa lekarskiego. (*Kur. Warsz.*).

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

w *Gaz. Lek.* Nr. 7: Klinka: Naftalina jako nowy lek do opatrunku owrzodzeń szankrowych i przymiotowych; Czarowskiego: Przypadek tężca przyrannego z pomyślném zejściem; Kramsztyka: Z panoramy własnego oka. 1, Błyskawki (dok.); — w *Medycynie* Nr. 7: Schaittera: Wątpliwy stan umysłowy mordercy (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Zbiór prac z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie. Zeszyt VII. (Odbitka z „*Medycyny*)“. Warszawa 1883, in 8vo str. 72 (dedykowany prof. Brodowiczowi).

Tegoż Zbioru zeszyt VIII. (Osobne odbicie z „Przegl. Lek.“), Kraków 1883, in 8vo str. 60.

Dr. JAWORSKI (w Krakowie): Kolorometryczna metoda oznaczania ilości płynu w żołądku zastósowana do praktyki lekarskiéj. (Odbitka z „*Medycyny*“ 1882) in 8vo str. 4.

Dr. RYDYGIER (w Chełmnie n./W.): Eine neue Resectionsmethode der Fusswurzelknochen beim veralteten Pes varus. (Osobne odbicie z „*Berl. klin. Woch.*“ 1883, Nr. 6) in 8vo str. 6 z 2 rycinami.

Dr. Kaźm. LAUDOWICZ (z Gniezna): Casuistischer Beitrag zur Frage der Jodoformbehandlung. (Rozprawa inauguralna w Wydz. lek. w Giessen), Posen 1883, in 8vo str. 35. (Rozprawa ta dedykowaną jest Drowi Rydygierowi w Chełmnie).

Docent OBALIŃSKI: Zdanie sprawy z ruchu chorych i chorób w klinice chirurg. U. J. na rok 1881/2. (Odbitka z „*Medycyny*“ 1882) in 8vo str. 27).

Dr. Bron. RADZISZEWSKI: Rozbiór chemiczny wód lekarskich w Wysowéj. Lwów 1882, in 8vo str. 57

Bericht über die XVI ord. Generalversammlung d. Vereins d. Aerzte in der Bukowina pro 1882. Czernowitz 1883, in 8vo str. 11.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. W. w Poznaniu: Dziękujemy za przesłaną rozprawkę; umieścimy ją niezadługo. **Dr. J. w Jaśle**: Otrzymaliśmy i umieścimy.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement. oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 3 marca 1883. № 9. Rok XXII.

I. Ogólny pogląd na nowsze teoryje jaskry.

Wykład habilitacyjny.

Podał Dr. E. Machek.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 8).

Brayley (Mauthner j. w. str. 151) sądzi, że jaskra właściwie powstaje skutkiem surowiczego zapalenia tęczówki i ciałka rzęskowego tudzież zapalenia nerwu wzrokowego, jest więc częścią wyznawcą teoryi Graefego, częścią teoryi Ed. Jaegera. Już zapalenie ciałka rzęskowego podwyższa ucisk śródoczny, chociaż przemijająco, a podwyższenie to utrzymuje się następnie skutkiem przyparcia obwodowéj części tęczówki do rogówki przez obrzmiałe z powodu zapalenia ciałko rzęskowe. A chociaż późniéj, skutkiem zapalenia ciałka rzęskowego i naczyniówki, tkaniny te zanikają, podwyższenie ucisku śródocznego utrzymuje się i nadal z powodu niedrożności przestworów Fontany.

Teoryje, które w zmianach schyłkowych twardówki upatrują przyczynę podwyższenia ucisku śródocznego nazywamy twardówkowemi *(Scleraltheorien)*. Wspomnę o nich w chronologicznym porządku.

Cusco (*Graefe Archiv*, t. 9, 1) w roku 1862 wykazał zgrubienia twardówki w oczach jaskrą dotkniętych, które, zdaniem jego, powstają skutkiem przewlekłego zapalenia. Twardówka albo podczas trwania zapalenia albo po jego ustąpieniu kurczy się a przestwór śródoczny zmniejsza się, skutkiem czego ucisk śródoczny wznosi się nawet w obec prawidłowéj ilości treści gałki ocznéj. W roku następnym ogłosił Coccius (*Graefe Archiv*, 9, 2, 217) wynik badań drobnowidowych dotyczących oczu jaskrą dotkniętych, z których wynika, że kurczenie się twardówki jest skutkiem stłuszczenia jéj tkanki łącznéj, które szczególniéj w tylnéj części oka w blaszce sitowéj i w sąsiedztwie naczyń twardówkowych występuje. W szczególach wykończył teoryję twardówkową Stellwag w pracy swojéj „o ucisku śródocznym“ (1868). Przyczyną podwyższonego ucisku śródocznego jest zwiększone wydzielanie cieczy z naczyń naczyniówki i ciałka rzęskowego do ciałka szklanego, które powstaje skutkiem utrudnionego odpływu krwi żylnéj z oka, gdyż ujścia żył zwęża stwardniała i mniéj sprężysta twardówka. Jaskra powstaje tylko w oczach z bardzo twardą i niepodatną twardówką. Przy sekcyi mógł Stellwag we wszystkich przypadkach wykazać stwardnienie powierzchownych warstw twardówki, podczas gdy warstwy wewnętrzne do naczyniówki przylegające nie tracą swojéj podatności, giętkości i sprężystości. W skład blaszki sitowéj wchodzą włókna wewnętrznych warstw twardówki, które zachowują swoją sprężystość, tarcza więc nerwu wzrokowego i blaszka sitowa zagłębiają się tém łatwiéj pod wpływem podwyższonego ucisku śródocznego. Wydrążenie tarczy i przesunięcie blaszki sitowéj ku tyłowi zmienia postać i wielkość otworów blaszki, skutkiem czego naczynia siatkówkowe, a przedewszystkiém żyły, ulegają przy ujściu ugnieceniu a odpływ krwi żylnéj z siatkówki doznaje utrudnienia. Ustępująca ku tyłowi blaszka sitowa, będąca niejako dalszym ciągiem wewnętrznych warstw twardówkowych, ciągnie je za sobą i przesuwa ku tyłowi, tak że w tylnéj części gałki ocznéj wewnętrzne warstwy twardówki stosunkowo do zewnętrznych warstw są ku tyłowi przesunięte. Skutkiem tego powstaje zwężenie ujść żył Stenona, które czasami dochodzi do zupełnéj ich niedrożności. Gdy więc ucisk śródoczny skutkiem swardnienia i zmniejszonéj przenikliwości twardówki raz się wzmoże, powstają coraz nowsze powikłania, które przeszkadzają przywróceniu stosunków prawidłowych. Ztąd pochodzi nieuleczność chorego, sobie pozostawionego oka. Stellwag wreszcie przyznaje, że chociaż zawsze początkiem jaskry jest stwardnienie twardówki, to przecież na wcześniejsze pojawienie się choroby i na mniéj lub więcéj ostry jéj przebieg wpłynąć mogą choroby, którym towarzyszy podniesione parcie ościenne w tętnicach, choroby nerwu troistego, przekrwienia itp.

Teoryja Weckera (*Zehender*, *klin. Monatsblätter* 29, str.

189) jest także teoryją twardówkową, chociaż w niedrożności przestworów Fontany upatruje dalszą przyczynę podwyższonego ucisku śródocznego. To też w ostatnich latach nie bez słuszności coraz częściéj pojawiają się teoryje mięszane. Przyczyną jaskry według Weckera jest stwardnienie i niepodatność twardówki. Mierne nawet powiększenie treści gałki ocznéj wystarcza w takich przypadkach, aby gałka oczna postać swoją zmieniła, a mianowicie przybrała postać zbliżoną do kuli. To już wystarcza, aby ścisnąć i poprzesuwać utkanie, które tworzy przestwory Fontany, na czém ich drożność cierpi. Teraz odpływ napotyka tém bardziéj na trudności a objawy jaskry występują coraz wybitniéj.

Wspomniałem, że odpływ cieczy z oka może być utrudniony skutkiem niedrożności przestworów Fontany i zmian schyłkowych twardówki, która częścią traci swoją przenikliwość, częścią zwęża ujścia żył. Przeszkody w odpływie znajdują się w tych przypadkach niejako w ścianach gałki ocznéj. Ciecze z oka nie mogą się na zewnątrz dostać. Gdyby jednak przeszkoda, która krążenie utrudnia, znajdowała się wewnątrz oka, w samych naczyniach krwionośnych, gdyby np. wewnątrz oka można zwęzić lub podwiązać żyły, odpływ krwi żylnéj byłby utrudniony, chociażby żyły przechodzące przez twardówkę zwężeniu nie ulegały. Już Mackenzie wykazał, że w przebiegu jaskry występuje zanik naczyniówki, a więc także częściowy zanik naczyń żylnych. Skutkiem tego powstać musi przekrwienie w tych częściach naczyniówki, w których naczynia nie uległy jeszcze zanikowi; przepełnione naczynia włosowate wydzielają więcéj cieczy, co wpływa na podwyższenie ucisku śródocznego. Na tém opierają swoje teoryje jaskry Goldzieher i Fuchs. Pierwszy sądzi (1875 Mauthner j. w. 159), że zanik naczyń naczyniówkowych powstaje częścią skutkiem bardzo przewlekłego zapalenia, częścią zaś skutkiem zmian schyłkowych, którym zawsze towarzyszy zanik tkanin. Fuchs (1878. *Bericht über die Heidelberger Versammlung)*, opierając się na badaniach wziernikowych, twierdzi, że przedewszystkiém zanika ta część naczyniówki, która jest położona pomiędzy ciałkiem rzęskowém a równikiem oka. Krew z przodkowéj części oka nie może się dostać do żył Stenona, parcie ościenne w naczyniach wzmaga się i przenosi na ciałko szklane a zwiększone wydzielanie podnosi jeszcze bardziéj ucisk śródoczny. Zanik naczyniówki w tylnéj części gałki ocznéj z powodów anatomicznych mniéj wpływa na podwyższenie ucisku śródocznego. Zapalenie przodkowéj części naczyniówki przenosi się na ciałko rzęskowe i osadę naczyniówki, na czém drożność przestworów Fontany cierpi. Chociaż zaprzeczyć nie można, że zanik przodkowéj części naczyniówki przyczynia się, jak Fuchs twierdzi, do podwyższenia ucisku śródocznego, trudno przecież przypuścić, żeby pierwotny zanik naczyniówki był chociażby częstszą przyczyną jaskry. Bardzo bowiem trudno orzec, co jest skutkiem a co przyczyną, gdyż w późniejszych okresach jaskry nie tylko naczyniówka ale także ciałko rzęskowe i tęczówka ulegają zanikowi. Fuchs opiera swoje zapatrywania na badaniach wziernikowych oczu jaskrą dotkniętych, w których wykonano irydektomiję celem zapobieżenia dalszemu rozwojowi jaskry. W 75% badanych przypadków znalazł, że „na obwodzie naczyniówka była biała lub żółto-biała z nieregularnie rozsianemi plamami.“ Zmiany takie nie dowodzą, jak wiadomo, zaniku, gdyż barwik głębszych warstw naczyniówki na obwodzie tworzy często plamy ciemne w oczach zresztą prawidłowych a twardówka także prześwieca dość często, a gdyby nawet we wszystkich przypadkach wykazać można zanik już po wykonaniu irydektomii, nie możnaby jeszcze twierdzić, że skutkiem zaniku powstała jaskra, tylko że jaskrze, która zmusiła do wykonania irydektomii, towarzyszy zanik naczyniówki. Nie wiemy, jak wyglądała naczyniówka na obwodzie przed wystąpieniem jaskry. Zapewne także w oczach prawidłowych takie zmiany na obwodzie naczyniówki wykazaćby można, takie przynajmniéj odniosłem wrażenie z badania kilku z tych przypadków w klinice prof. Arlta w Wiedniu, na których Fuchs oparł swoją teoryję.

A teraz wracam do tych teoryj, które w podwyższonym ucisku śródocznym nie widzą istoty jaskry, chociaż nie przeczą, że podwyższony ucisk śródoczny w jaskrze przyczynia się do upadku a w końcu do zagłady wzroku. (Dok. nast.)

II. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od r. 1879 do 1882.

Podał Dr. **Emanuel Rosenblatt.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 8).

e) W krztuścu.

1) Jan Różycki, chłopiec 7-letni, dość dobrze odżywiony, przyjęty 5 grudnia 1879. Postać czaszki krzywicza, cera ziemista, przekrwienie spojówek, dzięgna, stłumienie odgłosu wypukowego w pasze prawéj i z tyłu do połowy łopatki, przy wdechu trzeszczenia, miejscami oddech oskrzelowy, w reszcie płuc liczne rzężenia drobnobańkowe, furczenia i piski. Śledziona wystaje na szerokość 3ch palców poniżéj łuku żebrowego, brzeg twardy, tępy. Wybitny kaszel krztuścowy, częste wymioty pod koniec napadu. Narządy krążenia i trawienia prawidłowe. Ciepłota wieczorna 38·4°C. 6 grudnia c. r. 37·6°C., c. w. 38·8°C., na dobę 35 napadów krztuścowych. 7 grudnia c. r. 39·2°C., c. w. 39·6°C., w ciągu dnia 17 napadów; w dolnym płacie płuca lewego liczne trzeszczenia, wydech chuchający; wypuk ponad tą częścią stłumiono-bębenkowy. 8/12 c. r. 39·7°C., c. w. 39·2°C., napadów 16. 9/12 c. r. 39·2°C., c. w. 39·4°C., napadów 14, wieczorem wystąpiły nagle silne drgawki kloniczne obustronne, szczególnie górnéj połowy ciała, połączone z nieprzytomnością zupełną, sinieniem twarzy i palców i trwały około pół godziny. 10/12 c. r. 39·2°C., tętno 148, liczba oddechów 68; przytomny. Trzeszczenie w całém lewém płucu, wypuk przytłumiony, w prawém stan ten sam. Ruchy serca tumultuarne, tony czyste, dźwięczne. Napady krztuścowe bardzo rzadkie i krótkotrwające, c. w. 38·8°C., 11/12 c. r. 37·8°C. znaczne osłabienie, tętno bardzo nikłe, sinica się wzmaga. O godzinie 11 wystąpił powtórny napad drgawkowy trwający do 1éj po południu, o którymto czasie śmierć nastąpiła. Rozbiór moczu dwa razy wykonano w pracowni prof. Stopczańskiego d. 8 grudnia i 10 grudnia, t. j. raz przed napadem drgawek, a drugi raz zaraz nazajutrz po napadzie. Wynik badania był następujący:

	1)	2)
mocz barwy	nasycono-winożółtéj	wino-żółtéj
oddziaływania	kwaśnego	kwaśnego
cięż. gatunk.	1·035	1·036
osadu	w ilości zwiększonéj	
zawiera w rozczynie:		
barwiki urochrom	w ilości zwięk.	w ilości zwięk.
„ uroksantyn	„ „ „	„ „ „
mocznik	„ „ „	„ „ „ słabo
kwas moczowy	„ „ „	„ „ „ silnie

chlorki	1) w ilości prawid.	2) w ilości zm. d. silnie
fosforany ziem. / fosforany potasowców	zwięk. słabo	2) „ „ zw. znacznie
Składniki nieprawidłowe		fosforan wapniowy zasadowy w znacz. ilości.
Osad: moczanów znaczna ilość		moczanów znaczna ilość zabarwiona urobiliną.

Sekcyja wykonana 13 grudnia: *Degeneratio unius dextrae glandulae bronchialis caseosa sbsqu. tuberculosi acuta miliari pleurae dextrae. Pneumonia lobularis disseminata bilateralis c. bronchitide purulenta. Hyperaemia passiva majoris gradus meningum, vasorum sang. colli, renum, partim hepatis. Tumor lienis chronicus. Cat. chronic. intestini tenuis et enteritis follicularis, ulcerosa coli descendentis, hyperplasia glandul. mesaraic. Hyperaemia tracheae et laryngis majoris gradus.*

2) Franciszek Pieguszewski, chłopiec 2-letni, dobrze odżywiony, przyjęty 22 maja 1880 z zapaleniem pryszczykowém spojówki oka lewego. Budowa kośćca prawidłowa, obwód czaszki wynosi 0·45 m., wymiar prosty $0{\cdot}14\frac{1}{2}$, poprzeczny 0·13, obwód klatki piersiowéj 0·46; długość ciała 0·70 metra. Na skórze i błonie śluzowéj gęby zmian nie ma, zaczerwienienie powiek oka lewego, nastrzykanie spojówek, na spojówce gałkowéj świeże pryszcze. Światłowstręt, łzawienie. Narządy klatki piersiowéj prawidłowe, brzuch miernie sklepiony. Rozwolnienie. Po zasypaniu kalomelu ustępowały przypady zapalenia spojówek, tak samo jak i rozwolnienie w obec odpowiedniéj dyjety. 26/5 uważano nadzwyczaj obfite poty podczas snu głębokiego i o porze niezwykłéj długo trwającego, ciepłota jednak prawidłowa. 2/6 świeży nawał do oka lewego, silny światłowstręt. 12/6 poty obfite się powtarzają, na całém ciele potówki bardzo liczne. 18/6 wystąpiło znów rozwolnienie, utrzymujące się już bez przerwy mimo podawania rozmaitych leków tak ściągających jak i narkotyków aż do 28 września. Wypróżnień bywało średnio po 4 do 6 dziennie, kataralnych, nieco tylko flegmistych, bez bólu lub parcia, brzuch miernie był napięty. Wśród czasu tego wystąpiło 25 czerwca zapalenie pryszczykowe spojówki oka prawego. 30/6 ropień na potylicy. 2/9 wyprysk na małżowinie usznéj lewéj jako objaw dalszy zboczenia w odżywieniu na tle zołzowém. Zresztą mimo długotrwałego i uporczywego rozwolnienia chory miał się wcale dobrze, odżywienie nie podupadało, usposobienie zawsze wesołe, chory bawi się chętnie z innemi dziećmi i okazuje stosownie do wieku znaczną inteligencyję. Ruchy wszystkie swobodne, czucie dokładne. 5/10 kaszel wilgotny, nieczęsty, badanie wykazuje obecność dość skąpych rzężeń i furczeń w obydwu płucach. 16/10 silny kaszel występujący napadami, wśród których dziecię na twarzy sinieje, inspiracyj jednak piejących, krztuścowi właściwych (*reprises*), nie ma. Nie gorączkuje. W płucach mierna tylko ilość rzężeń, oddech zaostrzony. Dziecko bawi się ochoczo, wyśpiewuje, kołysze się siedząc itp. Podczas snu poty rozpływne. 19/10 kaszel przybiera cechę krztuścową, pod koniec napadu kaszlu dość liczne wymioty. W gęstéj wydzielinie oskrzelowéj i lepkiéj liczne żyłki. W górnych częściach obydwu płuc bardzo liczne rzężenia. Napadów kaszlu zaledwo 2 do 3ch na dobę. 23/10 stan tenże sam, kaszel zwyczajny nieżytowy, rzadko tylko występuje napad krztuścowy, na więzadełku językowém powstaje wrzodzik, ciepłota ranna 37·4°C.; wieczorem ciepłota 39·5°C. Badanie stwierdza stłumienie odgłosu wypukowego na wewnątrz od łopatki lewéj, w miejscu ograniczoném, oddech zaostrzony. 24/10 c. r. 38·0°C., ponad częścią płuca lewego, odpowiadającą co do położenia okolicy międzyłopatkowéj lewéj, słychać wyraźne trzeszczenia przy wdechu, c. w. 39·3°C. 25/10 stan ten sam, napady kaszlu krztuścowego jednak częstsze, po 6 na dzień. 26/10 c. r. 38·0°C., c. w. 39·0°C. Trzeszczenie w płucu prawém, oddechu oskrzelowego jednak nigdzie nie ma. Po stronie prawéj klatki piersiowéj od tyłu i dołu wypuk stłumiony bębenkowy. 27/10 c. r. 39·0. W nocy miał się chory śród kaszlu zanieść, tak iż zachodziła obawa, iż w napadzie życie zakończy. Chory śpi dość spokojnie, oddech przyspieszony, powieki nieco obrzękłe, twarz czerwona. Za podrażnieniem języczka celem wywołania napadu krztuścowego za pomocą pędzelka wystąpił gwałtowny bardzo atak kaszlu, wśród którego dziecię najpierw rzucało się niespokojnie, potém wyprężyło się skurczowo, zesiniało zwłaszcza na twarzy, wytrzeszczyło oczy, zacisnęło zęby, między któremi znajdował się wywieszony język, potém zbladło po chwili wywróciło gałki oczne ku górze, które w tém położeniu skurczowém przez chwilę pozostały i nabrały wyrazu szklanego. Równocześnie ze skurczem tężcowym mięśni wyprostnych grzbietu i odnóg wystąpił skurcz przepony: oddech zupełnie był wstrzymany. Po napadzie tym trwającym do $1\frac{1}{2}$ minuty dziecię po kilku głębokich wdechach powoli wracało do przytomności, było śpiące, płaczliwe, i żaliło się na ból głowy: wyraz twarzy był zmieniony, twarz jakby nalana, odnogi chłodne, o godzinie 4 popołudniu powtórzył się taki sam napad, ciepłota wieczorna 39·0°C. Badanie płuc wykazuje posunięcie się nacieku zapalnego w płucu prawém do połowy łopatki. 28/10 W nocy chory spał spokojnie. Od godziny 6 rano jednak aż do wizyty (godz. 8 rano) miał 6 podobnych napadów, lecz o wiele słabszych i krócéj trwających, ostatni z tychże zakończył się ogólnemi drgawkami przerywanemi, rozpoczynającemi się na twarzy koło ust i skrzydeł nosowych a obejmującemi powoli mięśnie całego ciała w jednakowym stopniu. O godzinie 8éj stan następujący: chory nieprzytomny, c. r. 40·8°C., oddech nieregularny, już to wolny, już téż to przyspieszony, charczący, przestanków wybitnych nie ma. Powieki wpół przywarte, gałki oczne zwrócone ku górze, źrenice miernie rozszerzone oddziaływają na światło bardzo leniwo, czucie rogówek w znacznym stopniu zmniejszone. Skrzydła nosowe w ciągłéj i silnéj akcyi, lewy kąt ust obwisły. Język między zębami zaciśnięty, skrwawiony, wargi sine. Na czole i skroniach rozpływne poty. Odnogi górne w stawach łokciowych zgięte, sztywne, palce u rąk kurczowo zgięte, kciuki na zewnątrz; odnogi dolne w stawach kolanowych również zgięte, stopy obydwie w *flexio plantaris* ku sobie podeszwami zwrócone, sztywne, palce u nóg zgięte. Czucie i odruchy zupełnie zniesione, szpilkę wbić można do znacznéj głębokości bez oddziaływania ze strony chorego. Odruchów ścięgnistych wywołać nie można. Wypuk daje z tyłu po obydwu stronach klatki piersiowéj odgłos stłumiony prawie na całéj wysokości, w płucu prawém oddech oskrzelowy, w lewém chuchający, w obydwu liczne trzeszczenia i rzężenia grubobańkowe, pokryte w części udzielonemi rzężeniami tchawicowemi. Z przodu klatki piersiowéj i w pachach obraz podobny. Wymiary serca niepowiększone, ruch szybki, tony arytmiczne lecz czyste, tętno ledwo wyczuwalne, nadzwyczaj przyspieszone. Brzuch napięty, chory oddaje pod siebie stolce płynne, mocno cuchnące. Moczu nie można było badać. O godzinie 9 rano wystąpił skurcz zbieżny gałek ocznych i *nystagmus oscillatorius.* Odnogi utraciły swą sztywność i są zupełnie bezwładne, podnoszone upadają natychmiast

według prawideł ciężkości i pozostają w położeniu, jakie się im nadaje. Napięcie mięśni ustąpiło zupełnie, są one wiotkie i oddziaływają bardzo słabo na prąd przerywany. Czucie na odnogach tak górnych jak i dolnych, tak po stronie zginaczy jak i wyprostnéj, zupełnie zniesione, dziecię nie zdradza ani płaczem, krzykiem lub wykrzywianiem twarzy najmniejszego bólu ani za wbijaniem szpilki, ani dotykaniem zimnym kluczem, ani uciskaniem palcami. Nie usuwa odnóg dolnych po łechtaniu podeszw, ani nie widać najdrobniejszych ruchów na palcach u nóg. Odruch ścięgnisty ani na prawém ani na lewém kolanie nie da się wykazać. Na skórze klatki piersiowéj czucie wprawdzie nieco upośledzone, lecz dziecię zdradza jeszcze ból wykrzywieniem twarzy. Oddech nieregularny, polegający głównie na ruchach przepony, objawu Stokesa jednak nie ma. Śpiączka, o godzinie 10éj w tym samym stanie nastąpiła śmierć. (C. d. n.)

III. Ze szpitala powszechnego w Jaśle.

Przedziurawienie jelita przez odłamek kości biodrowéj.

Przypadek sądowolekarski
podał Dr. **Jakliński**.

Dnia 8 grudnia 1882 przywieziono do szpitala dwóch chorych pokaleczonych czerepami rozsadzonego moździerza przy strzelaniu podczas nabożeństwa w Harklowy. — Z. S., który moździerz zapalał, poniósł ciężkie uszkodzenie na odnodze górnéj prawéj, i nie przedstawia nic szczególnego, ważniejszym natomiast jest obraz ciężkiego uszkodzenia M. Z., który wychodząc z kościoła ugodzony został w biodro prawe małym czerepem.

Oględziny sądowolekarskie dnia 8 grudnia uskuteczniono wykazały:

1) Mężczyzna silnie zbudowany wzrostu średniego, około 30 lat liczący. Ciepłota podwyższona, tętno nader szybkie a nikłe. Oczy z silnym odblaskiem, lica zapadłe, skutkiem czego nos jakoby przedłużony (*Facies Hippocrat.*) Chory co chwila wymiotuje płyn zielonawy, oddechy jego płytkie.—2) Brzuch mocno wzdęty, bardzo dotkliwy; na skórze nie ma żadnych sińców, odgłos jawno-bębenkowy, na 4 palce pod pępkiem aż ku dołowi zupełnie stłumiony, stłumienie sięga wyżéj po lewéj stronie, chory na wznak położony zawsze na lewą stronę machinalnie się przewraca. — 3) Ponieważ przez wypuk nie można stwierdzić stopnia wypełnienia pęcherza (z przyczyny nagromadzenia się płynu w dolnych częściach jamy brzusznéj) a chory żalił się, że ma częste parcie na mocz, który tylko kroplami wypływa, założono cewnik, poczém się okazało, że pęcherz jest próżnym.—4) 5 cm. na zewnątrz i ku dołowi od górnego przedniego kolca kości biodrowéj prawéj ranka okrągła, wielkości $\frac{1}{2}$ centa o brzegach równo ściętych, nieco zgrubiałych, zaczerwienionych. Dno ranki téj tworzą strzępki obumarłéj tkaniny brudno-żółtawéj. Zgłębnik wprowadzony w kierunku prostopadłym zanurza się na 1 cm. nie wykazując, mimo starannego badania, obnażenia kości ani też żadnego twardego ciała.

Ponieważ śledztwo wykazało, iż chory po doznaniu urazu padł na ziemię i już nie powstał, lecz do domu zaniesiony ciągle na ból w brzuchu się żalił i wymiotował, nie podlegało wątpliwości, iż zapalenie otrzewny przypisać należy urazowi; lecz jaki związek zapalenia otrzewny z urazem? Może bryły gliny, któremi moździerz był nabity, uderzyły w brzuch chorego, które dla grubéj odzieży śladu na ścianie brzucha nie zostawiając wywołały jednak zapalenie otrzewny? Może z téj samej przyczyny pękł pęcherz, z którego kateter moczu nie dobył? Rozmaite robiłem domysły, a to z przyczyny, iż dokładne sondowanie obnażenia kości nie wykazało. W orzeczeniu sądowolekarskiém wyraziłem się: „Zapalenie otrzewny powstało niewątpliwie skutkiem urazu, jednak w jaki sposób na razie orzec nie mogę, związek przyczynowy wykaże chyba badanie anatomiczne.“

Dnia 9 grudnia umarł chory wśród ciągłych wymiotów i przybywania płynu w jamie brzusznéj. Prymaryjusz szpitala Dr. Macudziński był zdania, że mamy do czynienia z pęknięciem jelita.

Przy sekcyi znalazłem sieć i jelita pokryte grubą warstwą brudno-szaréj wypociny a w jamie brzusznéj wielką ilość cieczy brudnéj, kałem zabarwionéj, mocno cuchnącéj.

Śledząc za otworem, którym się kał do jamy brzusznéj dostał, znalazłem go wielkości ziarnka soczewicy 1 decimetr po nad wyrostkiem robaczkowym w jelicie grubém. Otwór ten powstał w ten sposób, iż odłamek blaszki wewnętrznéj kości biodrowéj przebił ścianę jelita. Odłamek ten wielkości czworaka, a więc większy od całego otworu zewnętrznego w skórze, położeniem swojém temu ostatniemu odpowiadając, trzymał się wąziutkim skrawkiem kości biodrowéj i sterczał niby klapa do jamy brzusznéj. Zewnętrzna blaszka kości biodrowéj była popękana, okostną pokryta i w obwodzie wielkości jednego centa nieco wtłoczona.

Przypadek ten nasunął mi na myśl uszkodzenia podobnego rodzaju na czaszce a jako dość ciekawy do wiadomości czytelników Przeglądu go podaję.

IV. Oceny i sprawozdania.

S t o l n i k o w: **Zachowanie się trzustki w gorączce.**

Pod tym napisem ogłosił autor wyczerpującą pracę doświadczalną z kliniki Botkina w Petersburgu. Wszystkich szczegółów podać nie możemy, przekroczyłoby to ramy zwykłego doniesienia. Główniejsze wyniki dają się streścić w następujących słowach:

1) W początkach zjawienia się gorączki wydzielanie soku trzustkowego zwiększa się, następnie maleje, aż wreszcie zupełnie ustaje, co zdaje się polegać na porażeniu ośrodków wydzielniczych.

2) Ilość zaczynu czyli fermentu zwiększa się również z początku, w następstwie wszelako znacznie się zmniejsza. Okoliczność ta jest wynikiem zmniejszonéj produkcyi fermentu, skutkiem zmian chorobowych w komórkach samych jak również skutkiem upośledzenia nerwów odżywczych.

3) Upośledzający wpływ stanu gorączkowego na własności wydzielnicze trzustki jest daleko większym od wpływu pobudzającego gorączki. Ztąd téż

4) Użycie pilokarpinu podczas trwania gorączki jest uzasadnioném.

Nadto wynika z pracy autora, że podczas gorączki w ogóle wszystkie zaczyny trzustki stają się słabszemi, przyczém wytwarza się znaczna ilość „istot przejściowych“ trawienia. Zgadza się to z teoryją B o t k i n a, że gorączka polega na nagromadzeniu się w ustroju produktów przejściowych utleniania, które nie dość silnie pobudzają lub nawet upośledzają ośrodki nerwowe, regulujące „ochładzanie.“ Również nasuwa się jeszcze i drugie pytanie: czy w obec upośledzonego wydzielania się soku trzustkowego podczas

gorączki i znikanie cukru z moczu w cukrzycy powikłanéj jakąś sprawą gorączkową, nie należy odnieść do tych samych przyczyn?

Daléj przychodzi autor na podstawie swych doświadczeń do przypuszczenia, że na wytwarzanie znanych trzech fermentów wydzieliny trzustkowéj wpływają prawdopodobnie trzy oddzielne bodźce nerwowe. I w istocie po krytycznym rozbiorze przytoczonych faktów doświadczalnych zdanie autora zdaje się mieć za sobą wielkie prawdopodobieństwo. (*Virchowa Archiw* T. 90, zeszyt 3). *Dr. Pisek.*

Hauser: **Wrzód dziurawiący w żołądku a rozwój raka.**

Hauser, asyst. zakł. patol. w Erlandze podaje opis przypadku popierającego mniemanie, dość zresztą i między anatomami jak i między klinicystami rozpowszechnione, że czasem z wrzodu żołądkowego następowo i rak się rozwija. W r. 1881 napotkał autor przy sekcyi rak żołądka, gdzie już wejrzenie ogólne owrzodzenia rakowego wielce przypominało okrągły wrzód żołądka. Kształt jego podobny do małżowiny usznéj, usadowienie na ścianie tylnéj żołądka w części odźwiernikowéj. Prof. Zenker okazał przypadek ten dodając, że rak żołądka powstał tu prawdopodobnie dopiero następowo z pierwotnego wrzodu żołądkowego. Późniéj dokonany rozbiór drobnowidowy stwierdził w zupełności to przypuszczenie; brzeg bowiem owrzodzenia okazywał zupełnie te same cechy, jakie zazwyczaj widać we wrzodzie dziurawiącym żołądka. Obraz drobnowidowy tém różnił się od obrazu wrzodu dziurawiącego, że nietypowe bujanie warstwy gruczołowéj rozciągało się aż do najgłębszych warstw, atypowy zaś rozrost przybłonka był tak znacznym, że cecha gruczołowa warstw głębszych całkowicie zniknęła. Dno owrzodzenia utworzone przez trzustkę a w części przez zbite utkanie bliznowate, wolne było gdzieniegdzie od nacieku rakowego. Wątroba wszelako okazywała liczne guzy rakowe, niektóre z nich dochodziły wielkości jaja gołębiego, co ze względu na rozpoznanie jest ważném. (*D. med. Woch.* Nr. 51).

(Już dawna teoryja Virchowa o powstawaniu raków skutkiem bodźców mechanicznych naprowadzała na domysł, ażali nie istnieje związek między wrzodem dziurawiącym a rakiem żołądka. Niezbitych jednak dowodów na to nie ma. Teoretycznie wreszcie można wyrozumieć, że naciek zapalny w otoczeniu wrzodu może pobudzić w końcu pewne warstwy ściany żołądkowéj do rozrostu atypowego w ograniczoném miejscu. Jak znów to tłumaczenie pogodzić z przypuszczeniem Cohnheima o „wrodzonych“ niejako anatomicznych warunkach raka, na to chyba nie prędko odpowiemy. Że z drugiéj strony długotrwałe owrzodzenia w różnych częściach ciała, szczególniéj odnóg, z czasem przechodzą w raki, jest rzeczą znaną, w tym więc kierunku byłaby jakaś analogija związku raka z wrzodem. Co do żołądka potrzeba więcéj doświadczeń *Przyp. Sprawozd.*) *Dr. Pisek.*

Rozprawy nad przenoszeniem chorób zaraźliwych w monachijskiém Towarzystwie Lekarskiém.

Dr. Kerschensteiner miał wykład w Tow. lek. w Monachijum o przenoszeniu odry, płonicy i ospy przez trzecie osoby, w którym zastanawiał się nad pytaniem: czy osoby trzecie, t. j. zdrowe, nieuległe chorobie, mogą przyrzut chorobowy przenieść lub nie? Kolejno rozbierał możność przeniesienia chorób przez lekarzy, osoby pielęgnujące chorych, członków rodziny, służbę i przez różne osoby odwiedzające chorych lub ich rodzinę. Co się tyczy lekarzy twierdzi K., że nie istnieją niezbite spostrzeżenia, aby lekarze przenosili chorobę a opiera on to twierdzenie na długoletniém doświadczeniu własném; po dokładném zbadaniu wszelkich okoliczności wiele przeciwnych podań okazało się mylnemi. Co się tyczy członków rodziny K. zwraca uwagę na skutki, jakie pociągnąćby musiało za sobą zapatrywanie, iż choroby zaraźliwe mogą przez nich być przeniesione; należałoby bowiem zabronić wszystkim członkom rodziny uczęszczania przez czas trwania choroby do sklepów, warsztatów, kościołów, teatrów, na zebrania publiczne itd., służbie należałoby wzbronić chodzenia na targi, do jatek, sklepów itd. W dalszym ciągu rozbierał K. ważne pytanie, czy wypada dozwolić lub też wzbronić uczęszczania do szkoły zdrowemu rodzeństwu chorych dzieci, przyczém wykazywał w drastyczny sposób niemożebność konsekwentnego przeprowadzenia podobnego ograniczenia uczęszczania, zwłaszcza o ile odnosi się ono do zarażonego już rodzeństwa. Wskazawszy nakoniec, iż w miarę im więcéj przypuszczenie o zawleczeniu wzmiankowanych chorób przez trzecie osoby rozszerzać będziemy, tém większe napotkamy trudności w przeprowadzeniu ograniczeń, dochodzi wreszcie do zdania: Ospa, płonica i odra nie mogą być przez trzecie osoby, które same nie uległy chorobie, przeniesionemi.

W rozprawach, które nastąpiły po wykładzie K. a toczyły się na kilku posiedzeniach, stanowczo wystąpił przeciw zapatrywaniom Kerschensteinera prof. Dr. Ranke, który pytanie nieco inaczéj sformułował, a mianowicie: czy przyrzut może być przeniesiony przez przedmioty, które w ciągu choroby zetknęły się z chorym. Na pytanie to odpowiada prof. R. stanowczo twierdząco ze stanowiska teoretycznego, przypuszcza nawet możliwość przeniesienia choroby przez lekarzy, uważa jednak takie przypadki za nader rzadkie i przyznaje, że mu się podobny przypadek w praktyce nie zdarzył. Co do uczęszczania zdrowego rodzeństwa do szkoły zajmuje R. pośrednie stanowisko, sądzi bowiem, że należy zdrowemu rodzeństwu dozwolić uczęszczania w pewnych okolicznościach, mianowicie gdy lekarz poświadczy dostateczne odosobnienie chorego.

Wielu jeszcze członków zabierało głos, przytaczano przypadki z praktyki własnéj a jeszcze więcéj przypadków z praktyki innych kolegów, które miały wykazywać z większém lub mniejszém prawdopodobieństwem przeniesienie chorób, o których mowa. Żaden z zabierających głos, a było między nimi wielu mających liczną i długoletnią praktykę w mieście i na wsi, nie przytoczył jednak przypadku z własnéj praktyki, co do którego mógłby stanowczo twierdzić, że w nim przeniósł chorobę.

W ostateczném przemówieniu K. usiłował zbić pojedyncze opisane przypadki przeniesienia choroby przez zdrowych i w inny sposób je wytłumaczyć, wreszcie streścił wynik rozpraw w szeregu zdań, że zarażenie się ospą, płonicą i odrą powstaje najczęściéj bezpośrednio od chorego, że przeniesienie choroby przez trzecie osoby nastaje tylko wyjątkowo, że jednak zawleczenie choroby przez przedmioty, których chorzy używali, zaliczyć wypada do sposobu bezpośredniego przeniesienia i jako praktyczny wniosek wyprowadził zasadę: że we wspomnianych trzech chorobach można dozwolić styczności między chorymi a zdrowymi przez trzecie osoby, zapobiegać atoli wypada wszystkiemu, coby wytworzyć mogło wprost bezpośrednie zarażenie. (*Vierteljahrschrift f. öff. Gesundheitspflege*, 1883, Z. I). *Dr. Grabowski.*

Sewill: **O wyjmowaniu zębów u kobiet ciężarnych.**

Mr. Henry Sewill na ostatniém posiedzeniu Towarzy-

stwa dentystów Wielkiéj Brytanii poruszył pytanie, czy można wyjmować zęby kobietom brzemiennym? Kobiety te udają się bardzo często o poradę do dentystów i to zwykle z nadmienieniem, że lekarz domowy stanowczo zabronił wyjęcia zęba w obecnym stanie. Jeżeli jednak w danych przypadkach bliżéj się rozpatrzymy, natenczas bardzo często dojdziemy do przekonania, że nie ma innego ratunku, prócz wyjęcia zęba. Czyż mamy taką chorą skazywać na znosze nie ciągłych bólów, dopóki stan jéj ogólny znacznie się nie pogorszy? Według zdania Sewilla jest to wielkim błędem, jeżeli się mniema, że niebezpieczną byłoby rzeczą podczas brzemienności wyjąć ząb, który jest przyczyną ropnia itd. Wyjmuje on zęby w pierwszych miesiącach ciąży w znieczuleniu tlenkiem azotu. W późniejszych miesiącach trzeba mieć wzgląd na towarzyszące okoliczności; zawsze sądzi, że tylko w nader rzadkich, wyjątkowych przypadkach wypada się ociągać z wyjęciem. Nawet a osób słabych i nerwowych mała ta operacyja jest mniéj szkodliwą od wycieńczenia wywołanego ciągłemi bólami.

F. Canton i A. Coleman oświadczają również, że nigdy się nie usuwali od wykonania téj operacyi w narkozie tlenkiem azotu i to nawet w głębokiéj narkozie. Nie znają żadnego przypadku, w którymby chora w skutek ekstrakcyi jakąkolwiek poniosła szkoda.

Mr. George Wallis w tym samym duchu się oświadcza. W jednym przypadku kobieta, która znajdowała się przy końcu ciąży, powiła dziecko w 12 godzin po operacyi a była wolną od wszelkich bólów, co jéj podczas połogu bardzo było na rękę. *(Deutsche Monatschrift f. Zahnheilkunde*, Februar 1883).

(Do tego dodać mogę, iż właśnie co zmarły prof. Dr Ed. Albrecht w Berlinie, który był niezaprzeczenie powagą na polu dentystyki, wyjmował zęby we wszystkich miesiącach ciąży i podczas długoletniéj swéj praktyki nigdy nie uważał złych następstw, owszem spotykał się tylko z wdzięcznością swych pacyjentek. Niejednokrotnie zachęcał mnie do wykonywania téj operacyi, jeżeli ona jest koniecznie wskazaną, wychodząc z tego stanowiska, iż krótkotrwający ból podczas ekstrakcyi mniéj choréj szkodzi, niż długotrwałe cierpienia. Wyjmowałem téż dotąd zęby, we wszystkich prawie miesiącach ciąży, zawsze z jak najlepszym skutkiem; w jednym nawet przypadku w 2 dni po ekstrakcyi, którą wykonałem mimo oporu stawianego ze strony męża, chora powiła dziecko). *Dr. Goebel.*

Wiadomości pomniejsze.

(γ) **Dyfteryja w Petersburgu.** Wiadomo, jak straszne spustoszenia czyni dyfteryja od lat kilku w niektórych prowincyjach Rosyi. W ostatnim kwartale 1882 rozwielmożniła się w Petersburgu. W roku 1880 było tygodniowo zaledwie 10 przypadków śmierci w skutek dyfteryi; pod koniec r. 1881 było już 18 przypadków, a w końcu 1882 tygodniowo 45 przypadków. Od 16 sierpnia 1882 do 28 października tegoż roku było 359 przypadków śmierci z dyfteryi, nie licząc 253 przypadków śmierci ze szkarlatyny. Wyznaczono 6.000 rubli na koszta środków ostrożności dla powstrzymania zarazy; kwoty téj jednak nie spożytkowano, bo nie wiedziano, jak jéj użyć. W ostatnich czasach wykonawcza władza sanitarna miasta Petersburga, zależna od oberpolicmajstra, i komisyja sanitarna miejska połączyły się dla obmyślenia ogólnego planu pokonania dyfteryi. Zażądano kredytu 10.000 rubli; wezwano duchowieństwo, aby użyło swego wpływu dla wymożenia na rodzicach, aby dzieci zmarłe z dyfteryi lub szkarlatyny były bezzwłocznie chowane. Sanitarna władza wykonawcza, ustanowiona z rozkazu Cara, uchwaliła d. 22 października 1882 r. następujące zarządzenia:

1) Badanie lekarskie co drugi dzień dzieci na pozór zdrowych po szkołach, fabrykach, pracowniach kosztem tychże zakładów lub miasta. Dochodzenie, czy nie ma przypadków szkarlatyny lub dyfteryi w rodzinach tychże dzieci. Dzieci uznane za chore należy wskazywać policyi i wydalać z zakładów.

2) Nadzór sanitarny mieszkań, w których pojawiły się przypadki dyfteryi lub szkarlatyny i zarządzenie stosownych środków uzdrowotnienia. Nie uznano za stosowne urządzać specyjalne zakłady dezinfekcyjne, ale zgodnie ze zdaniem bar. Maydella i p. Batalina uznano zwykłe środki uzdrowotnienia za wystarczające jakoto: mycie podłóg, bielenie ścian, wykadzanie siarką, palenie łóżek drewnianych, pościeli, bielizny itp. Późniejszemu rozstrzygnięciu pozostawiono kwestyję, o ile ma mieć miejsce wynagrodzenie rodzicom strat poniesionych, jeżeli bielizna i ubranie dziecka po przyjęciu dziecka do szpitala zostaną zniszczone.

3) Nadzór lekarski nad chorymi co do leczenia i dla przeszkodzenia szerzeniu się zarazy uznano za potrzebny, jak również urządzanie szpitali czasowych *ad hoc*; uchwalono jednakowoż, że dzieci przy piersi lub bardzo małe należy wraz z matkami przyjmować do ogólnych szpitali, lecz pomieszczać w osobnych oddziałach szpitalnych. Leczenie bezpłatne dla chorych po domach uznano za bardzo odpowiednie.

Koszta tych zarządzeń ponosi częścią Państwo a częścią miasto.

Grzebanie ofiar epidemii ma być bezzwłoczne nie czekając upływu trzech dni, jak to jest w zwyczaju. Duchowieństwo ma otrzymać co do tego stosowne rozporządzenie i winno czuwać, aby trumny nie były wystawiane na widok publiczny. Ażeby uniknąć niebezpieczeństwa, jakie wypływa z pobytu licznéj nieraz rodziny w pokoju często jedynym, w którym leży ciało zmarłego z szkarlatyny lub dyfteryi, i dla ułatwienia odwietrzania, komisyja na wniosek p. Batalina uchwaliła, że miasto poniesie koszta: 1) pogrzebu zmarłych z tych chorób i wynikłe ze spalenia przedmiotów zakażonych; 2) najmu mieszkań przeznaczonych na pomieszczenie zamieszkujących mieszkania zakażone przez czas dezinfekcyi lub téż przeznaczonych na pomieszczenie dzieci zdrowych. *(Revue d'Hyg. et de pol. san.* t. V, 1883, Nr. 1).

Ω **Watę chlorokarbolizowaną** poleca Gorrison przeciw bólowi zębów, czy to skutkiem odsłoniętego nerwu, czy téż skutkiem neuralgii. Watę tę przyrządza Gorrison w sposób następujący. Wodnik chloralu i kwas karbolowy miesza się w częściach równych, przez co powstaje ciecz gęstawa. W cieczy téj zanurza się na 1—2 dni odpowiednią ilość waty z *Populus canadensis (Cotton-wood tree).* Po wyciśnięciu cieczy zbytecznéj wata jest do użytku gotową. Otwór w zepsutym zębie dokładnie się watą osusza, następnie wypełnia się watą w powyższy sposób przyrządzoną i pokrywa się woskiem lub inną dla wody nie przenikliwą materyją. Wata z *populus canadensis* jest tu dla tego stosowniejszą, że się łatwiéj daje podzielić i jest krótszą a silniejszą od zwykłéj waty. (*Med.. C. Ztg.*, 1883, 13).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sprawozdanie z posiedzenia Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk w Poznaniu z d. 2 listopada 1882.

Obecnych 4 członków a mianowicie: Dr. Kaczorowski, Dr. Kapuściński, Dr. Grodzki i sekretarz.

Kol. **Kapuściński** nadmienia, że liczne jeszcze zdarzają się przypadki szkarlatyny z zapaleniem nerek, a kol. **Kaczorowski** dodaje, że od czasu ostatniego posiedzenia widział przypadek podobny do tych, o których wspominał kol. Jarnatowski. U dozorczyni dzieci bowiem w pewnéj familii spostrzegał kilka nadżerków ze szarym pokładem o ostrych brzegach, przyczém i gruczoł podszczękowy znacznie był nabrzmiały. Przebieg jednak nazywa kol. K. łagodnym, a nawet po trzech dniach objawy owe w połyku zniknęły zupełnie. Atoli drugiego tygodnia wystąpiły mdłości, gorączka, obrzmienie twarzy, a badanie moczu wykazało białko. Ostatnia okoliczność przyczynia się do tłumaczenia tego przypadku w podobny sposób do owych, o których na ostatniém posiedzeniu wspominał kol. Jarnatowski. W końcu dodaje kol. Kaczorowski, że dur ustaje zupełnie.

Sekretarz mówi o keratoskopowaniu, a w szczególności o przyrządzie Dra Placida, poczém objaśniał zastosowanie keratoskopu na kilkunastu chorych, przedstawiających rozmaite zboczenia rogówki, jakoto: niezborność regularną i nieregularną, stożkowatość, zbieżność gałek i plamki rogówkowe.

Następnie przystąpiono do ustanowienia porządku dziennego dla przyszłego Walnego zgromadzenia, przyczém zebrani koledzy objawili życzenie, ażeby sekretarz powtórzył swój wykład przed liczniejszém, jak się spodziewać należy, gronem kolegów przybyć mających na Walne zgromadzenie. Nadto zapowiedział kol. Kaczorowski wykład pod tytułem: Przyczynek do chirurgicznego leczenia suchot płucnych.

Na wniosek sekretarza postanowiono dla zmniejszenia kosztów powrócić do dawniejszego sposobu zapraszania na Walne zgromadzenie, a mianowicie przez przesyłanie drukowanego porządku dziennego członków Wydziału. Po załatwieniu téj sprawy zdaje sekretarz sprawę z tymczasowego stanu kasy Wydziału. Dr. Talko okulista z Warszawy obrany został członkiem korespondentem Towarzystwa, o czém sekretarz uwiadomił Zarząd Towarzystwa. W końcu przedstawia kol. **Kaczorowski** mały przyrząd Dra Unny z Hamburga, służący do zastosowania środków rozpuszczalnych mianowicie w eterze i wyskoku w postaci mgły i to dla tych organów, które dla inaczéj przyrządzonych środków mniéj są przystępne, jakoto: dla ucha, pochwy i innych jam. Mały ten przyrząd ma jeszcze dwie inne zalety, t. j. zaoszczędzenie środków i możność długiego, ciągłego, jednostajnego oddziaływania na miejsce wybrane. Stosując w ten sposób środki balsamiczne pokryć można warstwą pokostu powierzchnię jakąkolwiek.

Na tém rozprawy ukończono i posiedzenie zakończono.

Dr. B. Wicherkiewicz,
Sekretarz.

VI. O poronieniach w Turcyi.

Podał Dr. W. Jabłonowski.
w Sułtan-Czair w Małéj Azyi.

Bardzo niedawno przed Trybunałem I instancyi w Stambule toczyła się bardzo ciekawa kwestyja. Pewien obywatel, nieznający miejscowych zwyczajów, wytoczył proces Drowi B., oskarżając go o zbrodnicze spędzenie płodu. Rozprawy nad podobną kwestyją, nieznaną prawie nigdy w aktach sądownictwa tureckiego, sprowadziły do sali posiedzeń nie zwykłą liczbę ciekawych widzów. Że zaś na ławie oskarżonych zasiadł jeden ze znanych tu naszych kolegów, więc też, pozostawiając na uboczu kwestyję winy lub niewinności, pozwalam sobie skorzystać z okoliczności i przedstawić prawdziwy stan poronień, nielitościwie grasujących pośród społeczeństwa wschodniego.

Prawodawstwo wschodnie, tj. „Koran“ i komentarze uzupełniające, jakkolwiek zawierają kilka paragrafów karzących sam czyn umyślnych poronień, to jednak tak dwuznacznie wyrażają się w tym względzie, a kary, na jakie występny może być skazany, są tak łagodne, że nie podobna nawet myśleć, ażeby powaga prawa mogła zbawiennie wpłynąć choćby tylko na zmniejszenie liczby faktów zbrodniczych. Z tego więc powodu nie zdziwimy się widząc, że tak sfery muzułmańskie jak i chrześcijańskie społeczeństwa kobiecego wschodnich ubiegają się niejako o palmę pierwszeństwa i zręczności w téj praktyce zbrodniczéj! Nie zdumiemy się wcale, gdy rozprawiając z jedną z doświadczeńszych matron tutejszych dowiemy się o niezwykłéj liczbie przebytych przez nią samą przedwczesnych porodów i poronień oraz o ilości przypadków, w których pośredniczyła radami wytrawnéj kumoszki. Słowem, z łatwością się przekonamy, że podstawy zasad moralnych, mianowicie zastósowanie ich do życia codziennego są tu więcéj niż problematyczne, i że prawo sankcyjonowane osobistą wolnością, wychowaniem, usposobieniem dziedziczném i wpływem zwyczajów miejscowych, będzie zawsze potężnym sterem, kierującym całemi masami. Słusznie też powiedział Schopenhauer, że: „wolność wyrabia charakter człowieka, jakim zaś jest charakter, takiemi muszą być i czyny rozwijające się zawsze na podstawie wychowania, wpływów miejscowych i przesądów dziedzicznych.“ I w istocie też zdanie to powszechnie cenionego „współczesnego budysty“ w zupełności da się zastósować do społeczeństw wschodnich. Przejdźmy jednak do faktów, pozostawiając innym zadanie ich wytłumaczenia.

Na wstępie jednak muszę uwydatnić choćby pobieżnie tylko skład i charakter pewnych sfer towarzystwa wschodniego, w którém płeć piękna dominuje. Za podstawę podziału przyjmuję dwie pojedyncze warstwy: sfery kobiet muzułmanek i chrześcijanek. Pierwsze, wychowane na „Kadyny“ (żony), niewolnice i odaliski w zakresie haremów, nie mając ze światem pozamurowym żadnego prawie stosunku, oddziedziczają wszystkie wady i nałogi przechowywane w haremach, jako integralną część zwyczajów, uświęconych prawem przedawnienia i przesądu. Dziewczynka muzułmańska, powierzona opiece staréj sługi najczęściéj z rasy czarnéj, rośnie i rozwija się pod wpływem wpajanych w siebie zasad o konieczności strojenia się i pędzeniu czasu tylko na próżnowaniu i największéj opieszałości. Powoli dziewczynka zbliża się do okresu dojrzałości. Nasłuchawszy się tak od własnéj matki jak i od dam odwiedzających harem tylko rzeczy i opowiadań mających za treść życie mężczyzn i ich większą we wszystkiém swobodę, opanowana ciekawością zwraca się do swéj staréj dozorczyni, błagając ją o wytłumaczenie rzeczy dotąd nieznanych. Stara też zwykła w pełni odpowiadać życzeniom swéj wychowanki, najczęściéj wskazując jéj drogę najjaskrawszéj niemoralności! Uwzględnijmy teraz wczesny rozwój ustrojowy dziewczyn wschodnich, wychowanie oparte tylko na dążności przypodobania się i zwrócenia na się uwagi przy każdéj nastręczającéj się okazyi, wreszcie warunki życia haremowego, zradzające tęsknotę i żądzę spróbowania przyjemności światowych, a łatwo pojmiemy dla czego ta prędko wybujała roślinka przedstawia wszystkie warunki łatwego okrycia się kwiatem na nieszczęście tylko bardzo i bardzo skłonnym do przejścia w stan zwiędnienia. Tak się zwykło dziać w rodzinach zamożniejszych. W klasie średniéj i pośród wieśniaków, gdzie jednéj tylko żonie pozostawioną bywa piecza nad ogniskiem domowém, tam jeszcze zasady moralności kwitną w całéj swéj pełni. I gdzie tylko nieszczęście i nędza pozostaną w dali od skromnego rodzinnego kółka, tam można jeszcze spotkać dziewczątka wychowane w surowych i pierwotnych zasadach moralności. Od niedawna dla dziewcząt muzułmańskich z klas mniéj zamożnych otworzono szkółki elementar

ne publiczne. Do tych jednak uczęszczają dziewczynki do 7go roku życia. Później bowiem rodzice obawiają się je tam posyłać, wiedząc z praktyki i z uwzględnienia podobnych chrześcijańskich zakładów, że z nich nie zawsze płyną zdrowe moralne zasady. W tym jednak względzie nie należy im się wiele uskarżać. Co bowiem niemoralnego dziewczę chrześcijańskie wyniesie z takiéj szkółki, to jednocześnie dziecko muzułmańskie znajdzie już gotowe w zwyczajach haremu i warunkach domowych swego bytu. Równoważą się więc jedne z drugiemi.

Chrześcijanki wschodnie (tureckie), pod względem zwyczajów i otrzymanego wychowania, różnią się bardzo od warstw kobiecych europejskich. Zasady też moralności, jakiemi zwykły się kierować, są rozmaite i opierają się głównie na rasie, do jakiéj należy młoda kobieta. Że zaś dwie narodowości chrześcijańskie dominują głównie w ogólnym składzie towarzyskim, więc też tylko o Greczynkach i Ormijankach wypada mi tu wspomnieć. Dzieci greckie otrzymują lepsze wychowanie od ormijańskich. Mając bardzo ograniczone stosunki z rodzinami muzułmańskiemi, nie tak łatwo oswajają się z wadami cechującemi życie w haremach. Ormijanki przeciwnie chyba strojem tylko różniące się od Turczynek oddziedziczyły po nich wszystkie zwyczaje i wady i kultywując je z większą daleko swobodą, stały się mistrzyniami w ich wykonaniu. W czém więc turecka matrona uzna się za niezdolną, w tém Ormijanka zastąpi ją z całą znajomością rzeczy. A ztąd za pewną można przyjąć zasadę, że także i ilość przypadków poronień jest przeważnie znaczniejszą pośród Turczynek i Ormijanek, aniżeli pośród innych warstw społeczeństwa wschodniego.

Wspomnę tu jeszcze o kategoryi dziewczyn publicznych téj szumowinie nadzwyczaj gęstéj i obfitéj, wydzielanéj przez każdą warstwę społeczną w Turcyi, pośród których jednak przypadki spędzania płodu, jakkolwiek się zdarzają, są dość rzadkie w stosunku do téj ilości, jaką spotykamy pośród kobiet sprzedających się po za obrębem przepisów tolerancyjnych. Powodem tego jest zabezpieczenie się od zajścia w ciążę. Do tego zaś wschodnie hetery mają sposób bardzo prosty, zależący na wprowadzeniu głęboko do pochwy kawałka gąbki, ałunu zawiniętego w organtynę, zwitka waty lub skubanki, obok zimnych wstrzykiwań do pochwy wodą nasyconą sokiem cytrynowym. To wszystko podług zdania doświadczonych matron uniemożebnia zapłodnienie pozwalając im trwać stale i bez przerwy w praktyce zwykłego rzemiosła. Do tego rzędu wypada mi odnieść również tylko Turczynki i Ormijanki. Ponieważ u Greczynek spotykają się daleko częściéj długotrwałe zmiany w macicy, zboczenia tego organu, ostrość upławów z szyjki, co wszystko znowu podminowując ogólny ich stan zdrowia nie zmusza ich do koniecznego zastósowania sposobów, używanych przez koleżanki z innéj rasy. I wtedy więc gdy Turczynka i Ormijanka starają się wszelkiemi siłami nie pozwolić płodowi ujrzeć światła dziennego, u Greczynek spotykamy częściéj przykłady przedwczesnych tylko porodów. I tutaj więc widzimy także pewną równowagę, tak że gdyby jakiemuś moraliście przyszło wydać sąd o kobietach wschodnich, sądząc o nich z uwzględnienia poronień i przedwczesnych porodów, zdanie jego najśmieléj i z całą wypowiedziane oględnością musiałoby zrodzić smutne i gorzkie rozczarowanie tylko!

Nigdzie bowiem nie podobna spotkać tak częstych przykładów poronień dokonanych w celu zbrodniczym, jak właśnie w Turcyi. Bo też i przyczyny, jakie im sprzyjają, są tu daleko liczniejsze niż gdzieindziéj. Kobieta wschodnia bowiem do jakiéjkolwiek należy rasy, prowadzi życie ospałe i leniwe. I wtedy gdy w klasach zamożnych pośród przyczyn sprzyjających poronieniu wypada zacytować na pierwszém miejscu wpływy moralne, usposobienie dziedziczne, nadużycie popędu płciowego, ubiór i uległość modom; to pośród klas biednych brak odpowiedniego pożywienia, niestósowne mieszkanie, wiek młody i wreszcie cały szereg przyczyn fizycznych oddziaływają stanowczo na nieszczęśliwe zejście ciąży. Młoda i uboga żona zmuszona najczęściéj pracować za siebie i męża, nie bywa w stanie podołać uciążliwemu zajęciu, na które skazuje ją potrzeba zaspokojenia potrzeb domowych. Ztąd więc po pierwszéj trudniejszéj pracy poronienie bywa zwykłém jéj następstwem. Tyle co do przypadków powstałych z przyczyn wiadomych i że tak powiem mimowolnych. Gdy więc teraz zwrócimy uwagę na całe stadko dziewcząt młodych i przystojnych, o wychowaniu zaniedbaném, lecz jak przystało na prawdziwe córy Wschodu gorejących namiętnością popędów, wcześnie rozkwitających pod tym wspaniałym lazurem swojskiego nieba, gdy uwzględnimy, że pewna ich część tylko szukając zajęcia po za domem znajduje odpowiednią opiekę, wtedy kwestyja poronień dokonanych w pewnym celu stanie się zupełnie jasną. I jakkolwiek ilość tych ostatnich bywa bardzo znaczną, to jednak ścisłe podanie ich cyfry jest rzeczą bardzo trudną, a nawet prawie niemożebną. Jak bowiem przeniknąć do haremów, owych ark tajemniczych, gdzie się najczęściéj zwykła praktykować sprawa zniszczenia jednego a czasem nawet i dwóch jestestw! Gdzie się znajdzie odważny statysta, co się ośmieli zmierzyć tę obszerną scenę wybiegów i przewrotności kobiecéj, aby rzucić światło na czyny przeciwne naturze, same przez się tchnące występkiem, lecz pomimo to protegowane zwyczajami, a nawet i tolerowane niejako przez samą władzę! Nigdy jednak liczba występnych poronień w Turcyi nie była tak znaczną jak właśnie w ostatnich latach. Pomijając już większe miasta na prowincyi, wystarczy gdy powiem, że w ciągu ostatnich sześciu miesięcy tylko w samym Stambule liczba poronień występnych doszła do 1.930 przypadków. Ilość ta w istocie jest przerażającą! Ostatecznym zaś jéj rezultatem jest widoczne zmniejszanie się ludności wschodniéj. Za przyczynę zaś tego nadzwyczajnego stanu uważają tu głównie nędzę. W innych towarzyskich sferach wstyd uważano za jedyny powód występku. Z mojéj jednak strony dodam jeszcze, że obok ogólnéj nędzy, w jakiéj od lat kilku żyje przeważna liczba mieszkańców Turcyi, za jednę z przyczyn występnych poronień wypada przypuścić obawę młodéj kobiety na samą myśl o cierpieniach, jakie przebyć musi podczas porodu, jeżeli dla usunięcia takowego nie zwróci się ku przewrotnym wybiegom. Przypuszczając w zasadzie istotny wpływ tych przyczyn, zapoznajmy się teraz z aktorami i aktorkami tego dramatu, zwanego występném poronieniem.

W czynności więc téj główną odgrywają rolę naprzód sama kobieta ciężarna, daléj kochanek, akuszerka, lekarz lub indywiduum podejrzane, przywłaszczające sobie ten tytuł, a wreszcie i niestósowne znajomości. To są zwykłe czynniki każdego poronienia. Lecz z ich liczby wypada mi zacytować jednę osobistość, któréj z prawa niejako przypada wzięcie udziału, wywieranie najczynniejszego wpływu przewrotności w sprawie mającego się dokonać czynu. Osobistością tą jest akuszerka. Zajmując się z całą pilnością zbadaniem sposobów używanych w Turcyi do wywołania poronienia, dość

zdziwiony doszedłem do przekonania, że środki te są bardzo rozmaite w różnych warstwach składających społeczeństwo wschodnie. Zbadamy więc naprzód sposoby używane przez Turczynki. Możnaby było napisać obszerną rozprawę, chcąc wyliczać wszystkie środki i rękoczyny używane w tym celu przez kobiety muzułmańskie. Streszczając jednak moje opowiadanie wspomnę tylko o główniejszych. Makowiec więc, rumianek, ruta, nastój wyskokowy szafranu, melisy, anyżu, gorzkie migdały i ziarnka z „*Sesamum orientale,*“ znajdują zastósowanie u licznych adeptów. Piołun i „*Juniperus Sabina*“ nie są jeszcze dobrze znane światkowi uroczych muzułmanek, a ztąd i ich zastósowanie jest bardziéj ograniczone. Pospieszam jednak dodać, że wyliczone istoty w ogóle nie posiadają własności dających pewny i pożądany rezultat. Z tego powodu używające ich zwykle bywają zmuszone uciekać się do środków bardziéj pewnych, działających bezpośrednio na treść macicy. Środki więc miejscowe używane w tym celu, sposoby wywołujące kurczenie się macicy, a zatém sprzyjające odklejeniu się łożyska, są dość rozmaite w katalogach dam haremowych. Jednym z nich, cieszącym się największém powodzeniem i uważanym nie tylko za środek poronny ale także za zabezpieczający od zapłodnienia, jest to łodyga polnego bluszczu (*Hedera helix*). Za jéj pośrednictwem drażni się szyjkę macicy, wprowadza się łodygę do jamy samego organu, i nie uważając na trudności, jakie przedstawia podobny rękoczyn, używa się do pomocy wprawnéj akuszerki lub też doświadczonéj i we wszystkiém gotowéj pośredniczyć czarnéj haremowéj sługi. Rezultaty podobnego zabiegu są nadzwyczaj przykre. Zdarzyło mi się widzieć szyjki maciczne ponaddzierane, a dno i ściany macicy poranione i zadraźnione w wysokim stopniu. U Arabek znowu, tak muzułmanek jak i chrześcijanek, u Chaldeek i Persyjanek, łodyżkę bluszczu zwykły zastępować pędy z liści drzewa daktylowego, w które ku największéj zgrozie każda z rodzin zamieszkałych w Stambule zwykła zaopatrywać buduarowe zasoby! Innym znowu sposobem, równie energicznym podług zdania akuszerki wschodniéj, jest to zwitek przygotowany z tytuniowych liści, który także wprowadza się do jamy szyjki macicy. Smoła używana przez szewców również znajduje zastósowanie. Sposób jéj działania jest prawdopodobnie tylko mechaniczny. Niektóre z kobiet tureckich używają także pręcików młodéj trzciny, które ułożywszy w rodzaj pędzelka uzbrajają go w zwitek waty i namoczywszy w soku tytuniowym, wprowadzają do szyjki lub do jamy saméj macicy. Korzeń ślazowy, działający podobnie jak „*Laminaria digitata*“ lub Topalo służą także do podobnego użytku. Wszystko to jednak jest jeszcze niczém. Wiele kobiet ucieka się do sposobów daleko energiczniejszych, ale też jednocześnie i bardziéj morderczych. (Dok. nast.)

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

K o m i s y j a s a n i t a r n a k r a k o w s k a odbyła w dniu 27 lutego b. r. pod przewodnictwem r. m. Dra W a r s c h a u e r a posiedzenie, na którém po załatwieniu drobnych spraw bieżących fizyk miasta Dr. B u s z e k podał daty odnoszące się do śmiertelności w Krakowie w r. 1882. Z porównania ich z datami wiedeńskiemi okazuje się, iż niektóre choroby zakaźne, jak ospa, odra, płonica, błonica są w Krakowie znacznie rzadsze niż w Wiedniu, częstszemi zaś są te choroby, które najpodobniéj do prawdy trzeba wprowadzić w związek z zanieczyszczeniem ziemi i wody materyjami gnijącemi, jak tyfus, czerwonka. Uderzającą jest różnica pod względem suchot płucnych, które w Wiedniu były u 23·59%, w Krakowie zaś tylko u 14·6% wszystkich zmarłych przyczyną śmierci. Ze zmarłych na ospę w roku 1882 osób ani jedna nie była szczepiona. Przy téj sposobności r. m. Dr. D o m a ń s k i oświadczył. iż według jego własnych postrzeżeń dyfteryja w Krakowie nie liczy się do chorób ani częstych ani w ogólności bardzo niebezpiecznych i nie ma wcale tego wielkiego znaczenia, jakiego nabrała w Niemczech, we wschodniéj Galicyi, a osobliwie na Podolu, i zapytał się, jakie są spostrzeżenia innych członków komisyi pod tym względem. W dyskusyi, która rozwinęła się nad tym przedmiotem, brali udział prawie wszyscy obecni, a oświadczenia ich dadzą się w ogólności streścić jak następuje: dyfteryja w Krakowie jest chorobą dosyć rzadką, nie występuje teraz nigdy epidemicznie, przebieg ma najczęściéj pomyślny, dorosłych bardzo rzadko nagabuje i nie przybiera zazwyczaj tych form groźnych, o jakich mamy wiadomości osobliwie z Niemiec i Podola. Jest rzeczą bardzo podobną do prawdy, że wiele przypadków zapaleń gardła w Krakowie mylnie uważano za dyfteryję. — R. m. Dr. D o m a ń s k i przedstawił projekt organizacyi komisyi sanitarnéj przez przybranie do niéj dyrektora budownictwa miejskiego; przyczém wniósł Dr. P a s z k o w s k i, aby przewodniczącego i jego zastępcę Komisyja sanitarna sama sobie wybierała. Wnioski te przyjęto a na sprawozdawcę tak zmienionego urządzenia komisyi sanitarnéj przed pełną Rada wyznaczono r. m. Dra D o m a ń s k i e g o. — Weterynarz miejski W a l e n t o w i c z wniósł imieniem właściwéj komisyi, aby ze względu na trudność kontroli sanitarnéj nad rybami zamrożonemi zabronić zupełnie ich sprzedaży w Krakowie. Wniosek ten przyjęto i oddano magistratowi do wykonania. — Fizyk miasta Dr. B u s z e k wniósł projekt regulaminu pozwalania na zamieszkanie nowych budowli przez siebie wypracowany a przez właściwą podkomisyję przejrzany i zmieniony. Po krótkiéj dyskusyi regulamin ten przyjęto. — Sprawę urządzenia wzorowéj mleczarni w Krakowie odroczono dla braku czasu do posiedzenia następnego. Nakoniec r. m. Dr. D o m a ń s k i mówił, aby ze względu na konieczną potrzebę ochrony gruntu miejskiego od zanieczyszczenia materyjami gnijącemi, wyznaczyć podkomisyję, któraby się zastanowiła nad sposobami poprawienia dołów kloacznych i stanowisk fiakrów i dorożek na ulicach i placach publicznych i swe zdanie w jak najkrótszym czasie komisyi sanitarnéj przedłożyła. Wniosek ten przyjęto a do podkomisyi mającéj się nim zająć wyznaczono r. m. Dra D o m a ń s k i e g o, Dra Z a r e w i c z a, fizyka miasta Dra B u s z k a i dyrektora budownictwa miejskiego N i e d z i a ł k o w s k i e g o.

○ Niedawno polecił rząd meklenbursko-szweryński zliczyć liczbę cierpiących na padaczkę; użyto do tego duchowieństwa. Na ogólną ludność 530,000 mieszkańców znaleziono 639 osób cierpiących na padaczkę.

○ Włoskie Towarzystwo higijeniczne otrzymało od swego podskarbiego Dra Sapoliniego dar 10.000 liwrów (koło 4.800 złr.) w 5% rencie włoskiéj na Muzeum higijeniczne w Medyjolanie, koło założenia którego krząta się gorliwie rzeczone Towarzystwo. Oceniając ten wspaniałomyślny dar Towarzystwo mianowało Dra Sapoliniego dożywotnim dyrektorem tego Muzeum.

Ω W Sheffield w Anglii akuszerka pewna udzieliła pomocy w ciągu 3—4 miesięcy koło 30 kobietom. Akuszerka sama była zarażoną syfilitycznie, zaraziła więc prawie wszystkie swoje klijentki. Od zarażonych tych ostatnich nabawili się w wielu rodzinach mężowie i dzieci kiły. Skutkiem oskarżenia przez Dra Hima wytoczono proces akuszerce.

W Milwaukee umarł niedawno jeden z najcięższych ludzi w Anglii John Herzer. Ważył on 486 funtów, a liczył dopiero 28 lat wieku.

○ O b o w i ą z k o w e d o n o s z e n i e o c h o r o b a c h z a k a ź n y c h w A m e r y c e. W Stanach Zjednoczonych północnéj Ameryki coraz więcéj wzrasta liczba miast, które pod karą grzywien nakładają na lekarzy i wynajmujących mieszkania obowiązek donoszenia Władzy o każdym zdarzającym się przypadku choroby zakaźnéj Kara w przypadku zaniedbania doniesienia wynosi w Nowym Yorku 250 fr., w Bridgwater 500 fr. w Milwaukee 1250 fr., w Brooklynie 1000 fr. (lub 30 dni więzienia albo jedno i drugie). W Nowym Yorku każdy kwalifikowany lekarz lub ktokolwiek udzielający pomocy lekarskiéj osobie dotkniętéj chorobą zakaźną winien uczynić doniesienie w ciągu 24 godzin. Również donosić należy o każdym przypadku śmierci z choroby zakaźnéj w ciągu 24 godzin. Jestto godne uwagi,

że w kraju, w którym ludzie najwięcéj cenią wolność osobistą w imie dobra publicznego i bez żadnego wynagrodzenia nakłada się tak ciężki obowiązek i to pod groźbą grzywien, których wysokość wydaje się prawie nieprawdopodobną. *(Rev. d'Hyg. et de police san.*, 1883, I).

Statystyka epidemij. W tygodniu od 11—17 lutego umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: 21,1. Z duru osutkowego umarło 1, z róży 1. Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku ospy, 2 odry, 1 płonicy, 2 błonicy, 1duru brzusznego. W tygodniu od 4—10 lutego ospa w Londynie utrzymywała się w jednakowém nasileniu. Leczyło się w szpitalach 110, umarło 2, świeżo zapadło 22. W Bombayu umarło 33, w Baltimore 92, w Nowym Orleanie 25, w Paryżu 15, w Aleksandryi 8, w Warszawie 7, w Roterdamie i Lizbonie po 6, w Brukseli, 5, w Granadzie 4, w Rio de Janeiro 45. Dur zabrał mniéj ofiar w Paryżu i Aleksandryi, więcéj w Bukareszcie i Pradze. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 4, w Amsterdamie, Warszawie, Maladze, Saragosie i Granadzie po 1. Z błonicy umierało więcéj w Amsterdamie i Paryżu. W Stokholmie panuje odra i błonica.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 4—10 lutego umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 27,8; w Warszawie 36,0; w Poznaniu 38,2; w Wiedniu 32,9; w Budapeszcie 31,0; w Pradze 32,3; w Tryjeście 37,3; w Berlinie 23,2; w Wrocławiu 29,4; w Gdańsku 18,2; w Mnichowie 28,0; w Dreźnie 25,2; w Lipsku 17,5; w Bazylei 25,4; w Brukseli 22,6; w Amsterdamie 30,0; w Hadze 16,6; w Paryżu 26,6; w Londynie 21,5; w Kopenhadze 24,0; w Stokholmie 29,0; w Chrystyjanii 14,5; w Petersburgu 40,5; w Odesie 47,0; w Wenecyi 30,2; w Bukareszcie 39,5; w Lizbonie 25,3; w Aleksandryi 53,7; w Nowym Yorku 26,8; w Filadelfii 25,0; w Bombayu 29,9; w Madrasie 37,5. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 1 marca. Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego w wykonaniu postanowień fundacyi konkursowéj śp. protomedyka Józefa Jakubowskiego i Dawcy niewiadomego, uchwalił na posiedzeniu w dniu 23cim lutego rb.:

I) Rozpisać dwie nagrody konkursowe, a mianowicie jednę w kwocie 200 zlr. a jednę w kwocie 150 złr. w. a.

II) Ogłosić w tym celu następujące zadania konkursowe:

1) Zbadać szczegółowo zmiany krwi w przebiegu zimnicy i zakażenia zimniczego pod względem ilości i jakości ciałek krwi czerwonych, stosunku ich do ciałek białych i pod względem ilości hemoglobinu.

2) Przedstawić stosunki epidemijologiczne Galicyi w ostatnich pięciu latach.

3) Zbadać stosunki zdrowotne robotników zajętych wydobywaniem i destylowaniem oleju ziemnego.

4) Matołectwo górskie, jego istota i objawy, ze szczególném uwzględnieniem okolic karpackich.

III) W myśl postanowienia wyżéj wzmiankowanych fundacyj ubiegać się mogą o nagrodę kandydaci Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego, tudzież doktorowie wszech nauk lekarskich i Doktorowie medycyny, którzy w przerzeczonym Uniwersytecie uzyskali stopień doktorski na dwa lata przed ogłoszeniem niniejszego konkursu, lub nawet nieco dawniéj (w myśl późniejszego postanowienia śp. protomedyka Jakubowskiego).

IV) Prace konkursowe, spisane w języku polskim, nadesłane być mają do końca zimowego półrocza szkolnego r. 188$^3/_4$ tj. najpóźniéj do dnia 3 kwietnia 1884 r. na ręce Dziekana Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego. Na okładce winny być opatrzone w godło, wypisane również na dołączonéj oddzielnie kopercie zapieczętowanéj, a zawierającéj wewnątrz imię nazwisko i miejsce zamieszkania autora. Ostatni przepis nie dotyczy jednak prac ogłoszonych drukiem od dnia dzisiejszego po koniec marca 1884 r., a które także ubiegać się mogą o nagrodę.

V) Jedynie koperty opatrzone godłem prac nagrodą uwieńczonych będą rozpieczętowane celem ujawnienia autorów; wszystkie zaś inne razem z rękopismami, do których należą, zwrócone będą na żądanie bez otwarcia.

IV) Wysokość nagrody nie jest zawisłą od wyboru którejbądź z ogłoszonych wyżéj zadań konkursowych, lecz od stopnia dokładności i naukowéj ścisłości opracowania i rozwiązania obszernego tematu, tak że autor pracy, która najlepiéj odpowie warunkom wymaganym otrzyma 200 zlr., autor zaś pracy wartością do tamtéj najbardziéj zbliżonéj 150 złr. w. a.

* Na posiedzeniu swém w d. 23 lutego odbytém Wydział Lekarski U. J. nadał stypendyjum śp. radcy stanu Szklarskiego Drowi Kohlbergerowi, a mianował 2gim asystentem przy katedrze anatomii opisowéj kandydata medycyny p. Romana Sondermajera.

* **Wiedeń**. Na posiedzeniu klubu fizyjologicznego, odbytém w d. 20 lutego prof. Fritsch, poddał ostréj krytyce wydaną dopiero co rozprawę Spiny o prątkach gruźliczych, dowodząc, że odkrycie Kocha pod żadnym względem nie zostało zachwianém przez doświadczenia Spiny. Na zapytanie Bambergera odpowiada Fritsch, że widział prątki i w gruzełkach otrzewnowych, i że Koch znajdował je także w gruzełkach opon miękkich mózgowia. *(W. med. Bl.)*.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Lipsk.** Docent prywatny Dr. Leopold mianowany został profesorem nadzw. a Drowie Moebius i Schaube habilitowali się jako docenci prywatni. — **Monachiium**. W miejsce Heckera mianowany został prof. Gudden drugim prezesem naczelnéj Rady lekarskiéj, a członkami jéj proff. Voit i Bollinger. — **Londyn.** Posadę Burdon-Sandersona, udającego się do Oxfordu, otrzymał w University College Dr. Schaeffer. — **Charków**. Dr. Kryłow mianowany został zwyczajnym profesorem anatomii patologicznéj. — **Würzburg**. Katedrę opróżnioną po Bergmannie otrzymał prof. Maas.

* **Odznaczenia**. Prof. Kronecker w Berlinie otrzymał order legii honorowéj, prof. Liman krzyż komandorski orderu Chrystusa a Dr. Wolfring w Warszawie order św. Anny 2éj klasy. Docent chirurgii w Lipsku, Dr. Władysław Lesser, wybrany został członkiem koresp. król. Akademii lekarskiéj w Turynie.— Radca dworu prof. Arlt w Wiedniu w uznaniu licznych zasług położonych w zawodzie nauczycielskim i koło umiejętności otrzymał krzyż komandorski orderu Franciszka Józefa z gwiazdą.

* **Nekrologija**. W N. Yorku umarł słynny newrolog Dr. Jerzy Beard, znany z dzieł swoich o chorobach nerwowych, a głównie o neurastenii. Ostatnie jego słowa były: „Gdybym to był zdolny spisać myśli i uczucia umierającego! Historyja walki, którą właśnie przebywam, stanowiłaby piękny rozdział.“ — W Würzburgu umarł prof. dermatologii i syfilidologii radzca dworu Rienecker.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

w *Gaz. Lek.* Nr. 8: Pacanowskiego: Kilka uwag nad przebiegiem tyfusu brzusznego i wysypkowego w klinice terap. szp. św. Ducha od r. 1872—1882; Klinka: Naftalina jako nowy lek do opatrunku owrzodzeń szankrowych i przymiotowych (dok.); — w *Medycynie* Nr. 8: Schaittera: Wątpliwy stan umysłowy mordercy (dok.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. JAWORSKI: Aspirator żołądkowy. (Odbitka z „*Medycyny*“ z r. 1883), in 8vo str. 6.

Piśmiennictwo lekarskie. HELFFT H. Handbuch der Balneotherapie. Hrsg. v. G. Thilenius. 9 Aufl. gr. 8. Berlin, Hirschwald. M. 18.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie dnia 7go marca **o godz. szóstéj** w sali Akademii Umiejętności zwyczajne posiedzenie, na którém po załatwieniu spraw z przeszłego posiedzenia pozostałych kol. Dr. Kohn mówić będzie o zarośnięciu pochwy nabytém.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Prenumeratorom, którzy nam Nr. 1 Przeglądu Lek. z rb. zwrócili, składamy niniejszém podziękowanie; dalsze zwroty tego Nru są nam jak najpożądańsze.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. L. Blumenstok.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 10 marca 1883. **№ 10.** Rok XXII.

I. Ogólny pogląd na nowsze teoryje jaskry.

Wykład habilitacyjny.
Podał **Dr. E. Machek.**
(Dokończenie. Patrz Nr. 9).

Jaskra według E. Jaegera (Mauthner j. w. 164) powstaje skutkiem zmian chorobowych bliżéj jeszcze nieznanych lecz zapewne zapalnych w téj części gałki ocznéj, którą tylny splot naczyń twardówkowych zaopatruje w naczynia i ciecze odżywcze (*Ernährungsgebiet des Scleroticalgefässkranzes*). Tylny splot naczyń twardówkowych zaopatruje i odżywia część twardówki otaczającą nerw wzrokowy, blaszkę sitową, tę część nerwu wzrokowego, którą otacza twardówka, a wreszcie ciałko szklane przylegające do tarczy nerwu wzrokowego. Skutkiem niedostatecznego odżywiania tych części oka powstaje, nawet bez podwyższenia ucisku śródocznego, wydrążenie tarczy nerwu wzrokowego razem z blaszką sitową.

Wspomniałem już, że Mauthner zaprzecza, żeby podwyższony ucisk śródoczny wpływał na wydrążenie nerwu wzrokowego (j. w. str. 118). Wydrążenie to w przypadkach jaskry nie jest według niego wydrążeniem uciskowém a twierdzenia tego usiłuje on dowieść w sposób następujący. Znane są przypadki jaskry z głębokiém, od brzegu do brzegu sięgającém wydrążeniem nerwu wzrokowego, które rozpoznano wziernikiem ocznym a bystrość wzroku była prawidłową (Alf. Graefe *Archiv. f. Ophth.* VII, p. 113, Mauthner *Lehrbuch der Ophthalmologie* p. 282). Mauthner wnosi ztąd, że włókna nerwowe musiały być zachowane i nietknięte, gdyż inaczéj chory nie mógłby widzieć. Wydrążenie tarczy było więc tylko pozorne, włókna nerwowe były zachowane, lecz z powodu ich przeźroczystości nie można było wykazać, że zachowały prawidłowe swoje położenie. Tylko blaszka sitowa i naczynia wysunęły się skutkiem sprawy zapalnéj ku tyłowi a ta okoliczność wpływa na wyglądanie obrazu wziernikowego. Obraz więc wziernikowy nie dowodzi, że tarcza nerwu wzrokowego razem z włóknami nerwowemi wypartą jest ku tyłowi, tylko że naczynia i blaszka sitowa wysunęły się ku tyłowi. Gdyby wydrążenie nerwu powstało skutkiem podwyższonego ucisku śródocznego, musiałyby także i włókna nerwowe zagiąć się i uledz zanikowi. Na tém rozumowaniu opiera się Mauthner, i ono skłania go do odrzucenia teoryi uciskowéj.

Nie podwyższony ucisk śródoczny jest według Mauthnera przyczyną jaskry, lecz zapalenie naczyniówki. Jeżeli przewlekłe zapalenie występuje w tylnéj części gałki ocznéj, w sąsiedztwie nerwu wzrokowego, powstaje jaskra prosta; jeżeli zaś w przodkowéj części gałki ocznéj, powstaje jaskra zapalna, która może być ostrą i przewlekłą. Z tego wynika, że Mauthner jest częściowo wyznawcą teoryi Graefego, częściowo zaś teoryi Ed. Jaegera, a te spostrzeżenia, które przemawiają przeciwko teoryi Graefego, przemawiają także przeciwko teoryi Mauthnera; dowodu zaś, że wydrążenie nerwu wzrokowego powstaje skutkiem zapalenia w tylnéj części gałki ocznéj, dotąd nie mamy.

Teoryja Mauthnera nie tłumaczy, mojém zdaniem, upośledzenia funkcyi a tłumaczy ją dostatecznie teoryja uciskowa Graefego. Według Mauthnera upośledzenie funkcyi powstaje skutkiem niedostatecznego odżywiania warstwy czopków i pręcików przez naczyniówkę będącą w stanie przewlekłego zapalenia. Jeżeliby więc w przypadkach jaskry prostéj upośledzenie funkcyi było skutkiem niedostatecznego odżywiania przez naczyniówkę, która w tylnéj części gałki ocznéj jest w stanie zapalenia, powinnaby właśnie bystrość widzenia naośnego być upośledzoną a obwodowa część pola widzenia zupełnie prawidłową, podczas gdy doświadczenie uczy, że pole widzenia bywa ścieśnione i że ścieśnienie od obwodu ku plamce żółtéj postępuje. Właśnie upośledzenie funkcyi przemawia za teoryją uciskową i dowodzi, że istotę jaskry stanowi podwyższony ucisk śródoczny. Chociaż bowiem dotąd nie zgodzono się jeszcze na to, czy ścieśnienie pola widzenia powstaje przeważnie skutkiem utrudnionego dopływu

krwi do obwodowych części siatkówki, jak to Rydel (*Archiv f. Ophthal.* XVIII, 1) dowodzi, lub skutkiem większego ugniecenia i naciągnięcia, jakiego doznają powierzchowne włókna nerwowe, które wychodząc ze środka tarczy do obwodowych części siatkówki dążą, jak to Leber (*Archiv f. Ophth.* XIV, 2) twierdzi, lub wreszcie dla tego, że włókna zaopatrujące zewnętrzną część obwodu siatkówki większemu ulegają ugnieceniu, gdyż je tkanka łączna mniéj ochrania niż włókna zaopatrujące wewnętrzną obwodową część siatkówki (Arlt), albo czy nakoniec włókna, które dążą ku czopkom i pręcikom zewnętrznéj połowy siatkówki wcześniéj zanikają z powodu powierzchownego położenia, jak to Donders sądzi (Schmidt, *Glaucom* p. 24), w każdym razie, ścieśnienie pola widzenia tłumaczy tylko podwyższony ucisk śródoczny, a żadną miarą przypuścić nie można, że zapalenie naczyniówki, będące przyczyną jaskry, ma swoją siedzibę tylko w jéj skroniowéj części i że takie miejscowe zapalenie jest przyczyną ścieśnienia pola widzenia, skutkiem upośledzonego odżywiania warstwy czopków i pręcików. Inne spostrzeżenia Mauthnera, które tenże przytacza jako dowód, że w jaskrze warstwy czopków i pręcików niedostatecznie bywają odżywiane, są uzasadnione. Ale nikt téż nie wątpi, że w dalszym rozwoju jaskry naczyniówka ulega zapalnym i zanikowym zmianom chorobowym.

We wszystkich teoryjach jaskry widać dążność skierowaną ku wykazaniu jednéj przyczyny, wspólnéj wszystkim rodzajom i wszystkim przypadkom jaskry. Mimo to, jak to już na wstępie wspomniałem, nie mamy dotąd takiéj teoryi, któraby z jednéj przyczyny wszystkie przypadki jaskry tłumaczyła. Różne zmiany chorobowe i zmiany schyłkowe mogą być przyczyną zboczeń przedstawiających w dalszym rozwoju zbiór objawów, który jaskrą nazywamy. Najwybitniejsze objawy chorobowe jaskry tłumaczy podwyższenie ucisku śródocznego, a mianowicie wydrążenie nerwu wzrokowego, upośledzenie funkcyi i objawy zapalne (Schmidt-Cohnheim). Lecz porzucić musimy myśl, jakoby podwyższony ucisk śródoczny miał zawsze być skutkiem jednéj i téj samej przyczyny. Owszem zadaniem lekarza będzie w każdym przypadku jaskry wykazać przyczynę choroby. Takich zaś zmian chorobowych, które albo same albo w połączeniu z innemi mogą sprowadzić podwyższenie ucisku śródocznego, znamy według dzisiejszego stanu nauki kilka. Wspomnę o nich w krótkości. Na podwyższenie ucisku śródocznego wpłynąć mogą: 1) Większa ilość wydzieliny zapalnéj, jeżeli wpływu nie równoważy zwiększony odpływ cieczy śródocznych; 2) Podwyższone parcie ościenne w naczyniach oka, jakakolwiek jest jego przyczyna; 3) Stwardnienie twardówki, utrata sprężystości i zdolności przepuszczania cieczy, zwężenie ujść żylnych, zastój żylny (podwyższone parcie ościenne w naczyniach); 4) Zmniejszona lub zupełna niedrożność przestworów Fontany, utrudniony odpływ cieczy z przodkowéj komórki.

Jedna z tych przyczyn wystarczy, aby się rozpoczął szereg zmian chorobowych, który bez pomocy lekarskiéj ślepotą się kończy. Częściéj działa kilka na raz przyczyn. Wydzielina zapalna, która się skutkiem zapalenia naczyniówki do ciałka szklanego dostaje, nie wywoła jaskry, jeżeli twardówka, jak to w młodszym wieku bywa, jest podatną i odpływ cieczy z przodkowéj komórki nie napotyka na trudności. Jeżeli zaś twardówka jest z natury grubszą i utraci swą elastyczność, może już podwyższenie parcia ościennego w naczyniach, które zwiększa ilość cieczy wydzielanéj z naczyń włosowatych, wystarczyć do podwyższenia ucisku śródocznego, a w dalszych skutkach mogą znowu powstać zmiany, jak np. zatkanie przestworów Fontany, które przywróceniu stosunków prawidłowych przeszkadzają. Spostrzeżenia kliniczne, jak: częste pojawianie się jaskry w późniejszym wieku, w oczach nadmiarowéj budowy, jéj występowanie po długotrwających bólach nerwowych, wreszcie jéj pojawianie się u chorych, u których parcie ościenne w naczyniach całego ciała jest podwyższone (*Atheroma arteriarum*, *Plethora*) itp. przemawiają za powyższém zapatrywaniem.

Spodziewać się należy, że nowe zdobycze naukowe naukę o jaskrze pod niejednym względem w przyszłości uzupełnią i wykończą. Być może, że nauczymy się lepiéj oceniać przyczyny, które na podwyższenie ucisku śródocznego wpłynąć mogą, tudzież że poznamy nowe, dotąd nieznane. Nauka o znaczeniu przestworów Fontany najlepszym tego dowodem. Mniejsza jednak o to, czy się uda wynaleść jednotliwą teoryję, któraby do wyjaśnienia i zrozumienia sprawy chorobowéj wystarczała lub nie, jeżeli tylko nauka tak stanie, że w każdym szczegółowym przypadku będzie można orzec, skutkiem jakich przyczyn i jakich wpływów wszczął się szereg zmian chorobowych, sprowadzających ostatecznie utratę wzroku. Do téj nadziei zaś uprawnia nas ciągły postęp nauki, wnikający coraz głębiéj w istotę sprawy jaskrowéj.

II. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od r. 1879 do 1882.

Podał Dr. Emanuel Rosenblatt.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 9).

Przed rozpoznaniem przyczyny powyżéj opisanych objawów ze strony narządu nerwowego zastanowić się przedewszystkiem musimy nad tém, czy one, t. j., idąc kolejno w porządku, w jakim występowały, skurcze głośni, drgawki tężcowe, późniéj przerywane, a wreszcie porażenie odnóg, były z natury swéj czynnościowemi, t. j. towarzyszyły tylko chorobie pierwotnéj — kokluszowi — i polegały czy to na anemii ośrodków nerwowych w skutek chwilowego spoczynku serca (Gerhardt) lub téż na zatruciu krwi kwasem węglowym skutkiem zaburzeń w krążeniu po długotrwałych i częstych napadach krztuścowych (Henoch), albo téż wystąpiły jako objaw odruchowy w skutek zadrażnienia nerwów obwodowych w krtani i tchawicy przez prątki krztuścowi właściwe a przez Letzericha, Tschamera i innych opisane, albo wreszcie czy objawy te ze strony narządu nerwowego polegały na jakichś wybitniejszych zmianach anatomicznych w ośrodkach, były zatém symptomatycznemi. Co do przypuszczenia pierwszego, to wiadomą jest rzeczą, iż w przebiegu krztuśca drgawki czasem wydarzać się zwykły a częstość pojawiania się tychże rozmaici autorowie niejednakowo podają: Rilliet i Barthez widzieli takowe 5 razy na 29 przypadkow krztuśca, Henoch 29razy na 52 przypadków, podczas gdy Töplitz na 547 przypadków krztuśca zauważył drgawki tylko 3 razy a Szabó w sprawozdaniu statystycznem z ambulatoryjum szpitala dla biednych dzieci w Peszcie z lat 35ciu (4181 przypadków krztuśca) o drgawkach nie wspomina; my zauważyliśmy je na 50 przypadków krztuśca tylko 2 razy. Również wiadomą jest rzeczą, iż drgawki występujące w przebiegu krztuśca rozpoczynają się często od kurczu głośni, tak jak to w przypadku naszym miało miejsce, (na 29 przypadków przez He-

nocha spostrzeganych 15 razy rozpoczęły się drgawki od skurczu głośni; wreszcie u małych dzieci drgawki łatwiej przybierają cechę toniczną, ponieważ mięsień dłużéj pozostaje w maksymum skrócenia a powrót do stanu pierwotnego powolniéj następuje. Porażenia czynnościowe w krztuścu należą do przypadków bardzo rzadkich i w literaturze zaledwo kilka jest znanych, w tych jednak porażenie wystąpiło po kilkakrotnie się powtarzających napadach drgawek i było jednostronném. Co do przypuszczenia drugiego, t. j. że objawy te ze strony narządu nerwowego polegały na zmianach anatomicznych w ośrodkach, to w obec nagłego powstania ich a braku innych przypadków towarzyszących zmianom zapalnym w ośrodkach, przypuścić mogliśmy tylko albo zator naczyń mózgowych, albo, co o wiele prawdopodobniejszém, wynaczynienie krwi. Gdybyśmy mieli do czynienia z wynaczynieniem, gdzieżby na podstawie przypadów klinicznych mogło się ono znajdować? w mózgu czy też w rdzeniu pacierzowym? czy pękło naczynie w istocie mózgowéj lub rdzeniowéj lub téż tylko w oponach? Chcąc odpowiedzieć na pytanie pierwsze, czy siedziba wynaczynienia znajduje się w mózgu lub w rdzeniu, zastanówmy się przedewszystkiém nad przypadami, z jakiemi mieliśmy do czynienia. Dziecię cierpiące na krztusiec i zapalenie płuc dostaje po raz pierwszy w nocy z 26 na 27 października napadu skurczu głośni, w ciągu dnia 27 wystąpiły dwa napady skurczu głośni, noc przeszła spokojnie, 28go w ciągu 2ch godzin napadów 6, ostatni zakończył się drgawkami przerywanemi, po których zaraz występuje najpierw sztywność odnóg i zniesienie czucia a wkrótce, bo po godzinie, zupełne porażenie obustronne tak górnych jak i dolnych odnóg. Mimowolne oddawanie stolca i moczu, leniwe oddziaływanie źrenic, opadnięcie powiek, obwiśnięcie lewego kąta ust, oddech nieregularny, tętno przyspieszone, odruchy zniesione, od początku brak przytomności. Podwyższenie znaczne ciepłoty, różnica od wieczornéj o 1.8°C. Pod koniec zez zbieżny i *nystagmus*. Wymiotów nie było. Skurcz głośni, jak wiemy, jest nerwicą odruchową, dla tego tu go nie uwzględnimy. Drgawki zarówno wystąpić mogą w przebiegu wynaczynienia w błonach mózgowych i mózgu jak i w oponach rdzeniowych. Jedynie po krwotokach w saméj istocie rdzeniowéj (*haematomyelia*), które zresztą jako pierwotne bywają nadzwyczaj rzadkie i zwykle następują w istocie szaréj po większéj części nie wywołują drgawek. Porażenie obustronne odpowiada wprawdzie w przeważnéj liczbie przypadków umiejscowieniu przyczyny w rdzeniu, nie wyklucza jednak siedziby w mózgu, jak to późniéj zobaczymy. Więcéj przemawia za siedzibą w rdzeniu zniesienie równoczesne czucia na obydwu połowach ciała, zniesienie odruchów na odnogach, bardzo słabe odziaływanie na prąd elektryczny, porażenie zwieracza odbytu i pęcherza moczowego, wreszcie brak wymiotów i wybitniejszych zboczeń nerwów czaszkowych. Natomiast utrata przytomności, objawy ze strony nerwu twarzowego lewego, objawy ze strony nerwu okoruchowego, opad powiek, zezowanie, leniwe oddziaływanie źrenic i brak bolesności stosu pacierzowego przemawiają za umiejscowieniem w mózgu. Przypuściwszy, że wynaczynienie ma siedzibę swą w saméj istocie mózgowéj, to musiałoby ono według spostrzeganych przypadków nastąpić albo w korze mózgowéj, a mianowicie w *gyrus centralis anterior* i *posterior* i *lobulus paracentralis* obydwu półkul mózgowych, zawierających, jak wiemy, ośrodki dla ruchów, w części jeszcze i *gyri angularis*, zawierającego ośrodki dla mięśni oka i m. podnoszącego powiekę, wreszcie ponieważ i czucie było zniesioném, musiałyby być zajęte i płaty skroniowe i potyliczne, zawierające, jak przypuszczamy, ośrodki czuciowe, zatém musielibyśmy mieć do czynienia z nadzwyczaj rozległemi zmianami w korze półkul obydwu, co jak wiemy z literatury w najrzadszych tylko przypadkach i w chorobowym stanie samychże naczyń mózgowych zdarzyćby się mogło. Albo téż wynaczynienie zajmować mogło już nie same ośrodki, lecz tylko miejsca, w których tory przewodniczące ruchom i czuciu dla odnóg skupione są na mniejszéj przestrzeni, a zatém w ciałku prążkowaném, zawierającém tylko tory ruchowe i w *capsula interna*, zawierającéj w $^2/_3$ przednich częściach tory ruchowe, w $^1/_3$ tylnéj czuciowe a wreszcie i w wzgórku wzrokowym, skupiającym tory czuciowe i to również po obydwu stronach mózgu. Z tego téż względu obydwa te przypuszczenia stają się nieprawdopodobnemi. Pozostaje jeszcze możliwość pęknięcia tętnic w moście Varola, skupiającym wszystkie włókna czuciowe i ruchowe, przechodzące z rdzenia do mózgu. Tętnice zaopatrujące most i rdzeń przedłużony wychodzą, jak wiemy, z tętnicy podstawowéj i mamy ich 3 do każdéj polowy mostu, *rami radiculares* do korzeni nerwów mózgowych, *rami nucleorum* do jąder nerwowych i gałązki do oliwek, piramid, *corpora restiformia* i splotów naczyniowych 4téj komórki. I tu celem wywołania porażenia obustronnego i zniesienia czucia musiałoby wynaczynienie znajdować się po obydwu stronach rdzenia, musiałoby zatém pęknąć kilka naczyń. Nadto musielibyśmy spostrzegać zboczenia ze strony wszystkich nerwów czaszkowych z wyjątkiem pierwszych czterech par, czego w przypadku naszym nie zauważyliśmy. Nakoniec przemawia przeciw temu i kazuistyka tycząca się częstości wynaczynień w rozmaitych okolicach mózgowia. Prawdopodobniejszém jest wynaczynienie w oponach mózgowych; przypady kliniczne drgawek i porażenia obustronnego ze zniesieniem czucia tłumaczyłyby się nie zniszczeniem samych ośrodków, lecz uciskiem, wynaczynioną krwią na powierzchnię kory mózgowéj, czy téż w komórkach bocznych. Ponieważ krwotok z naczyń splotów w komórkach o wiele rzadziéj się przydarza, ponieważ obydwie komórki musiałyby się wypełnić krwią i obydwa *corpora striata*, *capsulae internae* i *thalami nervi optici* krwią wynaczynioną być uciśnięte, więc prawdopodobniejszém jest pęknięcie naczynia w oponach na powierzchni półkul, gdyż krew wynaczyniona rozpościerając się zazwyczaj zarówno na obydwu półkulach, wywołuje najpierw objawy niedokrewności mózgu, zwłaszcza powierzchni kory, t. j. drgawki, późniéj zaś objawy ucisku ośrodków, zatém zboczenia w dziedzinie ruchowéj i czuciowéj; tak jak to w przypadku przez nas zauważonym miało miejsce.

Pozostaje nam teraz do uwzględnienia możliwość siedziby wynaczynienia w rdzeniu pacierzowym, i to albo w saméj istocie albo téż w oponach. Ponieważ także i górne odnogi były porażonemi i bezczulnemi, więc przedewszystkiém ognisko znajdowaćby się musiało najniżéj w zgrubieniu szyjowém rdzenia. Odróżnienie, czy w danym przypadku miało miejsce wynaczynienie w oponach lub téż w istocie rdzeniowéj, jest trudném. Po wynaczynieniu w oponach powinnibyśmy stwierdzić bolesność i sztywność kręgosłupa, obok częściowéj przeczulicy, czego w naszym przypadku nie było. Spostrzegane zaś zboczenia w oddechu i krążeniu, drgawki i późniejsza sztywność mięśni, porażenie zwieraczy, bardzo dobrze do wynaczynienia w oponach odnieść się dają. Co się wreszcie tyczy umiejscowienia w saméj istocie rdze-

nia, to wiemy, iż wynaczynienia przebiegają bez utraty przytomności i bez drgawek a pierwszym objawem jest tylko porażenie (Brown-Séquard). Widzimy zatém, że przypady zauważone w przypadku powyżéj opisanym nie odpowiadają ściśle wziąwszy ani siedzibie wynaczynienia w istocie mózgowej, ani w istocie rdzeniowéj, ani w oponach rdzeniowych, lecz jeszcze najprędzéj umiejscowieniu w oponach na powierzchni półkul mózgowych. Ale i w tym razie nie możemy sobie jeszcze wytłumaczyć: 1) przyspieszenia bardzo znacznego tętna, gdyż po krwotokach w oponach bywa ono wprawdzie nieregularném lub zawsze zwolniałém, 2) braku wymiotów, 3) zniesienia odruchów i zmniejszenia pobudliwości elektrycznéj. Dla tego téż wahało się rozpoznanie pomiędzy krwotokiem w oponach mózgowych na półkulach a drgawkami i porażeniem czynnościowém, zaczém także przemawiała okoliczność, że objawy ze strony narządu nerwowego rozpoczynały się od skurczów głośni. Rozpoznanie kliniczne brzmiało zatém: *Pertussis subsequ. bronchopneumonia bilateralis praecipue dextra, eclampsia et paraplegia extremitatum.*

Sekcyja wykonana 30 października (prof. Dr. Browicz) wykazała: *Bronchopneumonia bilateralis, extravasationes pleurae dextrae, degeneratio glandularum bronchialium caseosa, catarrhus intestini.* Tak opony mózgowe jak i rdzeniowe okazały się prawidłowemi, może nieco tylko przekrwionemi, w istocie mózgowéj również żadnéj zmiany nie było można wykazać, jedynie w zgrubieniu szyjowém rdzenia zauważaliśmy na przecięciu zmianę polegającą na zamazaniu rysunku istocie szaréj właściwego. Zmianę tę oznaczył prof. Adamkiewicz po zbadaniu drobnowidowém jako heterotopia istoty szaréj, mającą zatém tylko znaczenie morfologiczne a nie będącą w związku z objawami klinicznemi za życia. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania

Stilling: **Zakrzep (gruźlica) przewodu piersiowego.**

Zmiany gruźlicze przewodu piersiowego nie dawno dopiero opisano. Że wszelako dotychczasowe pojęcia nasze o téj zmianie chorobowéj nie całkowicie odpowiadają prawdzie, zdaje się wynikać z badań S.

Każdy, komu daną była sposobność dokładnego obejrzenia przewodu piersiowego gruźliczego wie, że tenże zazwyczaj w takim razie bywa znacznie szerszym (S. nawet wspomina o trzykroć większém świetle przewodu). Naczyńka krwionośne osłonki są silniéj wystrzykane, a limfa przewodu bywa zazwyczaj nieco czerwonawą, często zmięszaną ze strzępkami jaśniejszemi. Wewnętrzna powierzchnia przewodu zasianą jest licznemi guzkami wielkości ziarna maku lub prosa; w przeważnéj ilości guzki te są szarawe i przeświecające, inne znów są nieprzeźroczyste. Guzki te uważamy za gruzełki. Związek ich ze ścianą przewodu jest ścisły.

Autor badając dokładnie sześć przypadków „gruźlicy“ przewodu piersiowego postrzegł, prócz wyżéj opisanych prosówkowatych guzków, jeszcze kilka razy inne znaczniejsze wyniosłości guzkowate, zwężające w wysokim stopniu światło przewodu piersiowego. Wyniosłości te usadowione w miejscu zastawek, na powierzchni rozpadłe, złożone są z istoty nieprzeźroczystéj, suchéj, żółtawéj, przypominającéj wielce masy serowate, za jakie dotychczas je téż uważano. W przypadkach zmian mniéj rozległych postrzegł S. guzki tylko na zastawkach i w miejscach, gdzie znachodzą się ujścia drobniejszych pni. Również i brzegi zastawek przewodu piersiowego bywają nierówne, zgrubiałe, guzkowate. Autor podnosi szczególniéj, że w nader licznych przypadkach gruźlicy jelit, obok istniejących znacznych zmian serowatych w gruczołach krezkowych, pomimo najskrzętniejszego badania, znalazł przewód piersiowy niezmienionym. Przypadki, w których S. znalazł owe zmiany przewodu piersiowego, tyczyły się przeważnie osób starszych.

Ścisły rozbiór drobnowidowy guzków, dokonywany szczegółowo w każdym przypadku, nie daje tego obrazu co gruzełek, zwłaszcza gruzełek naczyń krwionośnych (Weigert, Mügge). Anatomicznie tedy nie mamy tu wcale przed sobą tworu swoistego, lecz jak z opisu wynika, produkta wielce przypominające organizacyję zakrzepu. Zdaniem autora przerzeczone zmiany wydarzające się w przewodzie piersiowym wśród gruźlicy uważać należy jako zakrzepowe, „jako wyraz upośledzonego krążenia soków, stojącego na równi ze zakrzepicą uwiądową żył.“ Drobniejsze guzki tedy są to zakrzepowe złogi, podczas gdy większe odnoszą się do zapaleń lub zakrzepicy samegoż przewodu piersiowego. (*Virchowa Archiw* T. 88, Zesz. 1, pag. 111).

(W powyższéj pracy zdaje się, iż autor chciał zaprzeczyć istnieniu w ogóle gruźlicy przewodu piersiowego, przynajmniéj w tych przypadkach, które autor badał. Przypuściwszy, że w istocie w pomienionych przypadkach istniała tylko zakrzepica, czyż można to samo twierdzić i o innych przypadkach? Tém śmielszym wydaje się ten sąd, ile że trudno przypuścić, iżby tak wytrawny badacz jak Ponfick w pracy swéj: *„über Tuberculose des Ductus thor.“* w *„Berl. klin. Woch.“* 1877, Nr. 46. mógł uledz złudzeniu tak widocznemu. W swéj najnowszéj pracy o gruźlicy naczyń (*Virch. Arch.* Bd. 88, Heft 2) opisuje również Weigert gruzełki przewodu piersiowego (str. 344 i w. i.) nie podnosząc najmniejszéj wątpliwości co do przyrody gruźliczéj tych zmian. *Dr. Pisek.*

Kolaczek (we Wrocławiu): **Do teoryi leczenia skoliozy nawykowéj.**

Zboczenia boczne kręgostupa należą do cierpień, których leczenie, jak dotąd, wiele zostawia do życzenia. Powodem tego jest głównie niedostateczna znajomość patologii téj sprawy i idący w ślad za tém brak energii w leczeniu, które często musi całkiem zmienić tryb życia chorego dziecka i z tego powodu rodzicom bywa nie na rękę. Już ku wytłumaczeniu jednéj z odmian bocznych skrzywień stosu pacierzowego, tak zwanéj skoliozy nawykowéj, istnieje wiele i rozmaitych przypuszczeń, jak np. niejednostajny rozwój kręgów lub żeber po obu stronach, nadmierna czynność mięśni po stronie prawéj itd. Wobec dat statystycznych jednak wykazujących, że skolioza nawykowa znachodzi się 8 razy częściéj u dziewcząt niż u chłopców i to prawie wyłącznie po stronie prawéj, musimy przyznać, że większa część tych przypuszczeń staje się nieprawdopodobną, a K. przychyla się do teoryi oddechowéj Barwela, według któréj powodem zboczenia stosu pacierzowego jest głównie nadmierne działanie mięśnia zębatego większego prawego. U dziewcząt bowiem już od dziecięctwa nieodpowiedni ubiór utrudnia oddechanie przeponowe, tak że muszą one oddechać prawie wyłącznie torem żebrowym; ponieważ zaś w każdém prawie zatrudnieniu większą pracę musi wykonywać ręka prawa, zatém i mięśnie téj strony lepiéj się rozwijają niż po lewéj, zatém i m. *serratus* jako silniejszy będzie mocniéj pociągał żebra strony prawéj, niż to jest w stanie uczynić lewy. To niejednostajne pociąganie żeber po obu stronach ma więc

być przyczyną wygięcia kręgosłupa ku stronie prawéj, skręcenia kręgów i mocniejszéj krzywizny żeber prawych.

Jako wskazania lecznicze uważać należy usunięcie obciążenia skrzywionego kręgosłupa lub zrównoważenie go przez jakąś siłę działającą w kierunku przeciwnym, a powtóre siła ta musi spychać kręgosłup ku linii środkowéj. Wskazaniom tym czyni prawie zupełnie zadość ułożenie dziecka poziome, połączone z wyciąganiem kręgosłupa, jednak długie leżenie działa szkodliwie na dziecko a nadto ciągle wyciąganie może sprawić więcéj dobrego niż potrzeba, t. j. że nieprawidłowo podatne więzy kręgowe zwiotczą się jeszcze bardziéj a ztąd to pochodzi, że często dzieci po opuszczeniu łóżka wyciągającego przedstawiają w postawie stojącéj jeszcze większe zboczenie, niż to miało miejsce przed rozpoczęciem leczenia. Znacznie lepiéj działa przyrząd redukcyjny Bühringa, w obec którego leżenie poziome w łóżku znosi wszelkie obciążenie kręgosłupa a odpowiednio zastosowane elastyczne peloty mają zadanie znosić istniejące jego zboczenie. Podobnie lecz mniéj pewnie działa pętla Barwela. Trudniéj jest zadosyć uczynić wskazaniom leczniczym za pomocą przyrządów, które dziecko ma nosić na sobie. Te zaś mogą być dwojakie, albo działają za pomocą ucisku elastycznego, lub téż jako twarde, stałe staniki. Pierwsze muszą posiadać tak wielką siłę elastyczną, aby ona nietylko równoważyła obciążenie kręgosłupa lecz nadto spychała zbaczający stos pacierzowy ku linii środkowéj ciała, a do tego służą przyrządy Barwela, Nyropa, Taverniera i Mathieu'go. Wszystkie te przyrządy odpowiadałyby zupełnie swemu celowi, gdyby mogły być tak wykonane, aby podstawa ich t. j. pas miednicowy nie przesuwał się z boku na bok; jak dotąd jest to jednak tylko *pium desiderium* chirurgów.

Z staników stałych daje K. pierwszeństwo gorsetowi filcowemu, gipsowy pancerz Sayra bowiem ma dwie wady, po pierwsze zakłada się go oczywiście na chorym zawieszonym; w położeniu zaś tém oddechanie jest bardzo mozolne, to téż opaskę gipsową zakłada się na klatkę piersiową w jéj największém rozszerzeniu wdechowém. Gdy po stwardnieniu gipsu chory stanie na nogi, klatka piersiowa wraca do swych zwyczajnych rozmiarów, a przez to tworzy się między nią a stanikiem miejsce wolne, dozwalające skrzywienia się kręgosłupa. Stanikiem filcowym można temu zapobiedz przez mocniejsze przyciągnięcie sprzączek. Powtóre w staniku gipsowym musi chory chodzić ciągle, nie może więc wzmacniać przez odpowiednią gimnastykę mięśni grzbietowych a z tego powodu po zdjęciu stanika skolioza szybko wraca, stanik filcowy zaś można zdejmować codzień; dziecko może przez odpowiednie ruchy wzmacniać swe mięśnie i tym sposobem wyleczenie skoliozy jest szybsze i pewniejsze. Obok tego leczenia miejscowego zaleca K. leczenie ogólne, mające na celu wzmocnienie całego ustroju. (*Bresl. ärztl. Ztschrift*, 1883, 4). *Dr. Schramm.*

Voltolini: **Ostre zapalenie błędnika usznego, mylnie jako zapalenie nagminne opon mózgordzeniowych uważane** [1]).

Zdaniem autora na przerzeczoną chorobę uszną bardzo mało uwagi zwracają lekarze praktyczni. Nawet i specyjaliści otyjatrzy uważają ostre zapalenie błędnika usznego jako postać poronną zapalenia nagminnego opon mózgordzeniowych. Otóż tak nie jest. Autor stara się udowodnić odrębność zupełną téj choroby usznéj, wykazując ważne różnice między obydwoma tak często mylnie rozpoznawanemi cierpieniami. Zapalenie błędnika w mowie będące jest chorobą swoistą wieku dziecięcego. Dzieci wśród zupełnego zdrowia nagle poczynają wymiotować, użalać się na dokuczliwy ból głowy, czasem i na ból uszu. Pomimo wysokiéj gorączki świadomość niezamącona. Wypróżnienia i oddawanie moczu niezmienione. Po kilku dniach objawy ustępują, lecz otoczenie dziecka z przerażeniem stwierdza postępującą wciąż głuchotę, w końcu głuchoniemotę u dziecka.

Pomimo znacznego podobieństwa tego cierpienia usznego z nagminném zapaleniem opon mózgordzeniowych, przecież zdaniem V. rozróżnienie nie jest trudném. Oto główniejsze cechy rozeznawcze:

Meningitis cerebrospinalis epidemica	*Otitis labyrinthica.*
1. W Niemczech rozpowszechniona dopiero od zimy roku 1863—1864 [1]).	1. Ta postać zapalenia ucha była obserwowaną jeszcze w r. 1849 i przez Kramera opisaną. V. spostrzegał cierpienie to już w r. 1853.
2. Jest to cierpienie zakaźne, z występowaniem nagminném, ztąd i przenośne; nigdy nie zjawia się inaczéj jak w poszczególnych epidemijach.	2. Nie jest chorobą infekcyjną, tylko sporadycznie występującą, nieprzenośną; zjawia się w różnych miejscach i porach.
3. Nagabuje tak dorosłych jak i dzieci.	3. Nagabuje prawie bez wyjątku tylko dzieci.
4. Narząd słuchu nie rzadko i w tém cierpieniu ulega schorzeniom. Przytępienie słuchu wszelako ustępuje często, rzadko tylko dotyczy obu uszu.	4. Dotyczy bez wyjątku obu uszu i zazwyczaj sprowadza bezwzględną głuchotę.
5. Nieraz i inne narzędzia zmysłowe (oko) lub inne obszary nerwowe cierpią.	5. Autor nigdy nie widział obok głuchoty bezwzględnéj, innego narządu zmysłowego lub innych obszarów nerwowych chorobowo zajętych; dzieci bywają zazwyczaj zupełnie zdrowe.
6. Chorobę cechuje długa i ciężka rekonwalescencyja (Hirsch).	6. W wielu przypadkach sprawa szybko się kończy, nieraz w 3—4 dniach, zostaje tylko bezwzględna głuchota.
7. Wymioty w początkach choroby nie są objawem stałym.	7. Wymioty zjawiają się prawie bez wyjątku w samym początku choroby.
8. Herpes *(labialis)* prawie stałym objawem.	8. Autor tylko raz spostrzegł Herpes.
9. Zwolna postępujące ozdrowienie odznacza się znaczném osłabieniem; żaden z autorów nie kładzie szczególniejszego nacisku na pozostały zawrót i chwianie się.	9. Ozdrowienie zazwyczaj szybkie. Pozostaje przez długie miesiące, nieraz lata, zawrót i chwianie się, co przemawia samo przez się za schorzeniem narządu słuchowego a nie za zmianą wyłącznie nerwu słuchowego po za kością skalistą.

Dr. Pisek.

Wiadomości pomniejsze.

(K. Gr.) **Przyrzut wścieklizny.** Od lat 2 zajmuje się Pasteur wykryciem przyrzutu wścieklizny, w badaniach swych jednakowoż nie doszedł do żadnego dodatniego wyniku. Ostatnie jego doniesienie, przedmiotu tego dotyczące (*Bulletin de l'Acad. de med.*, 1882, Nr. 49), mieści wprawdzie wiele rzeczy uwagi godnych ale nie zawiera nic rozstrzygającego. Już w maju 1881 ogłosił P. doświadczenia, za pomocą których udało mu się przez przeszczepienie istoty mózgowéj wściekłego psa na powierzchnię mózgu odsłoniętą przez trepanacyję wywołać u psa zdrowego wściekliznę z wszelkiemi cechującemi ją objawami w ciągu 1—3 tygodni (*Ac. de sciences* 1881). Odtąd zmienił on metodę badania i wstrzykiwał przyrzut do żył zdrowym zwierzętom. Wynik doświadczeń zestawia w szeregu zdań, z których następujące najwięcéj na uwagę zasługują:

[1]) *Die acute Entzündung des häutigen Labyrinthes des Ohres irrthümlich für Meningitis cerebrospinalis gehalten. Von Prof. Voltolini.—Breslau. Morgenstern 1882.*

[1]) U nas nieco późniéj. Porówn. daty odnośne zawarte w pracach Warschauera, Gluzińskiego w Przeglądzie z lat ostatnich.

W ślinie zwierząt wściekłych znajduje się przyrzut w połączeniu z różnemi mikrobiami a przeszczepienie tej śliny może zrządzić śmierć w trojaki sposób: śmierć w skutek mikrobiów właściwych ślinie, opisanych przez Pasteura, śmierć w skutek nadmiernego wytwarzania ropy lub śmierć w skutek wścieklizny. Jad wścieklizny znajduje się zwykle tak w istocie mózgowej, jak i w rdzeniu przedłużonym, miejscami w rdzeniu pacierzowym a czasem w całej jego rozciągłości. Wścieklizna wywołana przez wstrzyknięcie jadu wścieklizny do żył przedstawia często cechy, któremi się nader różni od szaleństwa wywołanego przez ukąszenie lub przez trepanacyję a wydaje się Pasteurowi prawdopodobném, że wiele przypadków „cichéj wścieklizny" uszło dotąd obserwacyi lekarskiéj.

Nie wszystkie zwierzęta chore na wściekliznę zdechały, a te, które nie zdechły, nie okazały się być ochronionemi od wpływu poźniejszego przeniesienia przez trepanacyję lub wstrzyknięcie do żył. (*Ctrbl. für allg. Gsndhtspfl.*, 1883, I, str. 41).

Ω G e n t i l h o m m e podaje jako niezawodny środek przeciw **sapce Atropinum sulphuricum** 0.0002—0.001 *pro dosi* w pigułkach. Środek ten w pierwszych chwilach nieżytu zastosowany przerywa zwykły bieg choroby. W późniejszych okresach nieżytu wpływ jego nie jest już tak korzystnym. Środek ten wpływa korzystnie także na nieżyt nosa powikłany z katarem dróg oddechowych. (*Allg.med. C.Ztg.*, 1883, 13).

Ω B o r n e s poleca bardzo **Amylnitrit**, jako środek uśmierzający nadzwyczaj bóle w rwie kulszowéj, kolkach itd. B. używa 10% rozczynu wyskokowego amylnitritu, z czego zastrzykuje podskórnie dawkę mniéj lub więcéj odpowiadającą 10 kroplom czystego amylnitritu. (*Allg. med. Central Ztg.*, 1883, Nr. 5.)

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich

Sprawozdanie z Walnego Zgromadzenia Towarzystwa Lekarzy galic. w d. 24 lutego 1883 odbytego.

Prezes Towarzystwa Dr. B i e s i a d e c k i zagaja posiedzenie po godzinie 11éj rano i wzywa Zgromadzenie do wyboru Dra Hoszarda na Przewodniczącego. Przez aklamacyję obrano Dra H o s z a r d a przewodniczącym Zgromadzenia.

Sekretarz odczytuje spis Delegatów: Towarzystwo Lekarskie krakowskie zastępują koledzy Rieger i Krówczyński; Sekcyję lwowską koledzy Kosiński, Chądzyński i Widmann, Sekcyję buczacką kol. Kadyj ze Lwowa, brzeżańską kol. Andrzéj Hordyński z Rohatyna, czortkowską kol. Ludwik Zminkowski z Husiatyna, jasielską kol. Jan Biesiadecki z Jasła, kołomyjską kol. Maks. Rosner z Kołomyi, przemyską kol. Ferdynand Cassina z Przemyśla, rzeszowską kol. Józef Barzycki z Rzeszowa, sądecką kol. Antoni Pawlikowski ze Lwowa, samborską kol. Franciszek Niedźwiecki z Sambora, sanocką kol. Smutny ze Lwowa, stanisławowską kol. Jerzy Konkolniak ze Stanisławowa, stryjską kol. Bolesław Serkowski ze Stryja, tarnowską kol. Wojciech Stanko z Tarnowa, zaleszczycką kol. Adam Czyżewicz ze Lwowa, złoczowską kol. Albin Waligórski z Przemyślan, żółkiewską kol. Broniowski Ant. z Sokala. Z wyjątkiem Sekcyi bocheńskiéj i tarnopolskiéj wszystkie inne są reprezentowane, przeto jest (wymagany § 40 ustawy) komplet potrzebny do prawomocności uchwał.

Ze strony Rady Zawiadowczéj są obecni prócz wyżéj wykazanych kolegów Riegera, Krówczyńskiego, Smutnego i Czyżewicza jako Delegaci kol. Biesiadecki, Hoszard, Różański, Merunowicz.

1. Sekretarz jener. odczytuje sprawozdanie Rady Zawiadowczéj za r. 1882, które Zgromadzenie przyjmuje do wiadomości.

2. Skarbnik jener. kol. C z y ż e w i c z zdaje sprawę ze stanu kasy, poczém imieniem komisyi rewizyjnéj (delegat sekcyi jasielskiéj i stryjskiéj) kol. Jan B i e s i a d e c k i oznajmia, że po przeprowadzoném skontrze ksiąg i stanu kasy Towarzystwa znaleziono wszechstronny i wzorowy porządek i na téj zasadzie wnosi: Walne Zgromadzenie udziela Radzie Zawiadowczéj absolutoryjum z rachunków za czas od 21 stycznia po koniec grudnia 1882, a Skarbnikowi jener. wyraża uznanie za gorliwą i skuteczną pracę. Wniosek komisyi rewizyjnéj jednomyślnie przyjęto.

3. Przewodniczący wzywa obecnych, aby przez powstanie z miejsc uczcili pamięć zmarłych w roku ubiegłym kolegów: S z e p a r o w i c z a, I n g a r d e n a, C o z l a, K r z e m i ń s k i e g o, L a c h o w i c z a, S c h ö n t h a l e r a i B u l b u k a. Wszyscy powstają.

4. Sekcyja rzeszowska uchwaliła na swém posiedzeniu administracyjném ponowić swój wniosek zeszłoroczny, aby Towarzystwo lek. galic. poczyniło stosowne kroki, aby Sądy wynagradzały lekarzy za czynności sądowolekarskie, dla których lekarze są wezwani, a których nie ze swéj winy (np. przez niestawienie się strony) dokonać nie mogą.

Sekretarz przedkładając ten wniosek imieniem Rady Zawiadowczéj wnosi: aby sprawę tę odroczyć aż do utworzenia Izb lekarskich, których zapewne pierwszą czynnością będzie staranie o polepszenie wynagrodzenia lekarzy sądowych. Gdy i delegat rzeszowski zgadza się z wnioskiem odroczenia, Zgromadzenie przyjmuje go.

5. Sekretarz przedkłada prośbę o stałą pensyję wdowy po członku Towarzystwa i w imieniu Rady Zawiadowczéj czyni wniosek: aby proszącéj stałéj pensyi nie udzielać, lecz pozostawić jéj prośbę przyszłéj Radzie Zawiadowczéj do uwzględnienia przy rozdziale zapomóg. Wniosek ten uzasadnia referent w ten sposób: iż mąż proszącéj był tylko przez kilka miesięcy członkiem Towarzystwa, więc w obec szczupłych funduszów Towarzystwa należy mieć wzgląd, iż wkrótce zdarzyć się może prośba wdowy takiéj, któréj mąż od lat kilku lub kilkunastu jest członkiem Towarzystwa; nadto prosząca wdowa jest osobą młodą, zdolną i kwalifikowaną do pracy zawodowéj, więc należy jéj tylko doraźną udzielić pomoc. Wniosek ten przyjęto.

6. Sekretarz przedkłada prośbę innéj wdowy o stałą pensyję; Rada Zawiadowcza wnosi: aby proszącéj pensyi nie udzielać z powodu, iż pobiera ona z funduszów rządowych pensyję 350 złt. w. a., a z dwóch jéj synów, jeden prawnik na IV roku, pobiera stypendyjum. Kolega Stanko zgadza się z tym wnioskiem, lecz wnosi: aby zarówno jak poprzednią prośbę tak i tę udzielić Radzie Zawiadowczéj do możliwego uwzględnienia przy rozdziale zapomóg. Wniosek Rady Zawiadowczéj wraz z dodatkiem kol. Stanki jednomyślnie przyjęto.

7. Na porządku dziennym jest projekt zmian statutu.

Zeszłoroczne Walne Zgromadzenie uchwaliło polecić Radzie Zawiadowczéj wypracowanie zmiany ustawy i regulaminu w tym duchu, aby czynności biura Sekcyi lwowskiéj objęła Rada Zawiadowcza Towarzystwa, aby Walne Zgromadzenie stanowili wszyscy członkowie czynni przybyli na posiedzenie, aby wreszcie obowiązkowy podział członków na sekcyje był zniesiony, lecz aby pozostawiono do woli członków poza Lwowem mieszkających tworzenie na mocy ustawy kółek, do celów oznaczonych w § 1 ustawy Towarzystwa. Wywiązując się z tego polecenia, Rada Zawiadowcza przedkłada Zgromadzeniu drukowany projekt ustawy a referenci koledzy Różański i Czyżewicz uzasadniają w ogólnéj dyskusyi proponowane zmiany. Natomiast Delegaci Barzycki, Cassina, Zminkowski, Hordyński i Broniowski oświadczyli w imieniu swych sekcyj, iż będą głosowali przeciw zamierzonym zmianom, a kolega Cassina czyni wniosek: z uwagi, iż proponowany projekt zmian statutu zaledwie na tydzień przed Walném Zgromadzeniem Sekcyjom został rozesłany, tak iż Sekcyje nie miały dość czasu do dokładnego przestudyjowania zmian, uchwali dzisiejsze Zgromadzenie odroczyć dyskusyję nad zmianą statutu aż do przyszłego Walnego Zgromadzenia. Znaczną większością głosów wniosek kol. Cassiny przyjęto; poczém przewodniczący o godzinie 2éj odracza posiedzenie i zaprasza Delegatów na godzinę 5tą popołudniu.

Dalszy ciąg o godzinie 5 i 10 minut w tym samym komplecie.

Z powodu odroczonéj dyskusyi nad zmianami statutu zachodzi uzasadniona obawa, iż fundusz administracyjny po wypłaceniu sekcyjom ich dziesięciny bardzo znacznie mógłby się zmniejszyć, przeto czyni delegat lwowskiéj sekcyi kol. Widmann wniosek: „w obec znacznych kosztów administracyjnych, mianowicie prenumeraty Przeglądu Lekarskiego dla członków, Walne

Zgromadzenie uchwala, iż Sekcyje zrzekają się należytości swych z funduszu administracyjnego za rok 1883, wraz z zaległościami za lata poprzednie.“ Wniosek ten jednomyślnie przyjęto.

9. W imieniu Rady Zawiadowczéj przedkłada kol. Czyżewicz wniosek: „Zgromadzenie upoważnia Radę Zawiadowczą do zaprowadzenia takich prowizorycznych zmian w regulaminie, które w skutek zrzeczenia się dziesięciny Sekcyjom należnéj, oraz wprowadzenia ksiąg skarbowych uzna za stosowne. Wniosek jednomyślnie przyjęto.

10. Na porządku dziennym są wnioski naglące:

a) Kolega Stanko czyni należycie poparty wniosek naglący téj treści: Celem uchronienia Towarzystwa od strat, które ponosi przez dostarczanie organu przez pół roku nawet tym członkom, którzy wkładki wstępnéj całéj nie zapłacili, uchwali Zgromadzenie, aby przy najbliższéj zmianie ustawy wykreślono w § 11 b. wyrazy: „która dla członka czynnego może być rozdzieloną na cztery raty kwartalne.“ Zgromadzenie nie uznaje tego wniosku za naglący a tém samém spada on (w myśl regulaminu) z porządku dziennego i zostaje przekazany Radzie Zawiadowczéj do sprawozdania na następném Walném Zgromadzeniu.

b) Delegat lwowski kol. Chądzyński wnosi: „aby celem osiągnięcia skutku powyższego wniosku, zmienić § 86 ustawy w ten sposób, aby członek czynny nabierał prawa do pobierania organu Towarzystwa dopiero po zapłaceniu całéj wkładki wstępnéj.“ I tego wniosku nie uznaje Zgromadzenie za naglący.

c) Delegat żółkiewski kol. Broniowski wnosi: ze względu, że koszta korespondencyi z członkami niepłacącymi wkładek znacznie wzrastają, a Sekcyja nie wie, który z członków nie opłacił, uchwala Zgromadzenie, aby Skarbnik jener. co kwartał przesyłał na ręce biura Sekcyi wykaz nieopłacających członków z wezwaniem upomnienia i ściągnięcia od nich wkładek.

d) Delegat kol. Stanko wnosi, aby przy najbliższéj zmianie ustawy wyraźnie oznaczono, że Towarzystwo może swych zaległości dochodzić na drodze sądowéj. Tak wniosku kol. Broniowskiego jakotéż i kol. Stanki nie uznano za naglące i przekazano Radzie Zawiadowczéj do sprawozdania na przyszłém Walném Zgromadzeniu.

e) Za naglący uznano wniosek kolegów Riegera, Widmana i Jana Biesiadeckiego téj treści: Walne Zgromadzenie uchwala: ponawia się uchwałę Walnego Zgromadzenia z r. 1879 w przedmiocie utworzenia Wydziału lekarskiego przy Wszechnicy lwowskiéj i uwiadamia się o téj uchwale tak c. k. Namiestnictwo jakotéż i Delegacyję polską w Radzie państwa. Po krótkiéj dyskusyi, w któréj brali udział koledzy Różański, Biesiadecki Alfred, Broniowski, Merunowicz i wnioskodawca Rieger, wniosek ten jednomyślnie przyjęto.

11. Do komisyi rewizyjnéj na rok następny obrano Delegata Towarzystwa krakowskiego i Sekcyi żółkiewskiéj.

12. Następują wybory do Rady Zawiadowczéj. Ponieważ wybrany wroku zeszłym na trzy lata Skarbnik jener. kol. Czyżewicz zrzekł się swego urzędu, przeto na jego wniosek obrano na trzy lata Skarbnikiem jener. kol. Litticha Aleksandra jednogłośnie. Delegata do Rady Zawiadowczéj ze strony Towarzystwa lekar. krakowskiego kolegę Riegera wybrano zastępcą prezesa 18 głosami na 19 głosujących. Następnie wybrano prezesem Towarzystwa kolegę Hoszarda jednogłośnie, tożsamo jednogłośnie obrano następujących kolegów: Smutnego podskarbim, Madejskiego Edwarda kontrolorem i kol. Alfreda Biesiadeckiego członkiem Rady Zawiadowczéj; kolega Adam Czyżewicz 17 głosami na 19 głosujących wybrany podsekretarzem.

Na tém zakończono Zgromadzenie i uwolniono sekretarza od odczytania protokółu.

Dr. Merunowicz, sekretarz jener. — *Dr. Hoszard*, przewodniczący.

V. O poronieniach w Turcyi.

Podał Dr. W. Jabłonowski.
w Sułtan-Czair w Małéj Azyi.

(Dokończenie. Patrz Nr. 9).

Do takich należy wprowadzenie do jamy macicy rogowych drążków używanych na Wschodzie do zwijania nici jedwabnéj. Dodam, że podobny drążek jest zakończony koniecznie i ma 40 milim. średnicy. I jakkolwiek sposób ten od razu wskazuje nam trudności i niechybne groźne następstwa, to pomimo to jest to jeden ze sposobów najbardziéj popularnych u kobiet tureckich. To prawda, że osoby, które tym sposobem zamierzają wywołać poronienie, przedstawiają zwykle jeden z trzech typów obniżenia się macicy ułatwiających tém samém podobny rękoczyn. Daléj są kobiety, które z największą łatwością same mogą własnym palcem dosięgnąć macicy i wprowadzić w nią to wszystko, co tylko uznają za stosowne do zniszczenia zarodka. Niemniéj jednak jest prawdą, że większa ich liczba drogo opłaca ten rękoczyn, który w swém zaślepieniu uważają za wcale niewinny. Przykład tego miałem przed trzema laty na żonie pewnego tutejszego dygnitarza zwanego „Kutczuk-damat“ czyli po prostu drugi zięć sułtański. Młoda oto sułtanka, znajdująca się w drugim miesiącu ciąży, w nieobecności męża (jak na Turka człowieka wykształconego i z konieczności wysokiego stosunku dbającego o zdrowie żony), uległa wpływom pałacowych doradczyń i zgodziwszy się na spróbowanie wspomnianego sposobu opłaciła go śmiercią. W tym jednak przypadku pałacowe prawodawstwo wykazało racyję swego bytu. Bo czarna akuszerka została utopioną w Bosforze, a niedbały mąż musiał się wybrać w podróż do Jemenu, aby tam za karę studyjować typy pięknych beduinek.

Nie brakuje jeszcze i innych podobnych sposobów, używanych przez kobiety tureckie. Gwałtowne i szybkie ruchy, zawieszania się na ogrodowych huśtawkach, unoszenie znacznych ciężarów, ucisk silny i trwały jamy brzusznéj, uderzenia wreszcie są to środki uzupełniające powyżéj zacytowane sposoby. Co zaś do kąpieli tureckich, to te nie wywierają zwykle żadnego wpływu. Po dokonanym fakcie poronienia pacyjentka musi się poddać innemu jeszcze przesądnemu zwyczajowi, zależącemu na przyjęciu leku przygotowanego z następnych wiktuałów: olejku z Sesamu, skrzydełek lub tułowia konika polnego, spalonych i sproszkowanych wyrostków rogów młodego jelenia. Wszystko to zagotowane do wrzenia w odpowiedniém polerowaném naczyniu, daje się po łyżce stołowéj, w ciągu pierwszych kilku dni po poronieniu. Od jednéj z doświadczonych matron zdołałem się dowiedzieć, że podobny lek zadaje się tylko kobietom niezamężnym. Dla czego i w jakim celu? to pozostało w tajemnicy przesądów.

Przejdźmy teraz do sposobów używanych przez kobiety greckie i ormiańskie. Ku łatwiejszemu zaś poznaniu najrozmaitszych środków poronnych używanych w Turcyi przez kobiety chrześcianki, należy starać się zrobić ścisłą znajomość z jedną z matron usługujących w zakładach kąpielowych. Banie bowiem tureckie, owe sławne Hamam (do których kobiety udają się całemi gronami, bardziéj dla rozrywki niż w celu higijenicznym), są to najwyższe instytuty, prawdziwe *Alma parens*, gdzie niedoświadczona jeszcze kobieta czerpać zwykła zasady postępowania, wygłaszane przez matrony wytrawne już w sztuce sprowadzania poronień. Kąpiel więc turecka nie darmo cieszy się wielkiém poważaniem, z niéj to bowiem wytryskają całemi strumieniami wpływy oddziaływające stanowczo na moralność i przeznaczenie towarzystw kobiecych na Wschodzie. Jest to zatém jedyne źródło, gdzie się rozwija i upowszechnia sztuka, nauka i znajomość życia pięknych mieszkanek Turcyi.

Wyczerpawszy wszystkie środki wstępne, jak napar szafranu, kąpiele alkaliczne nóg, gorczyczniki na uda, pijawki na części rodne zewnętrzne i przekonawszy się o ich niedostateczności, kobiety chrześcijanki uciekają się do ruty i sabiny. Te zaś, które są bardziéj oswojone ze zwyczajami zachodniemi, piją w znacznych dawkach napar piołunu. Jeżeli zaś za pomocą tych środków nie zdołają otrzymać pożądanego rezultatu, wtedy zwracają się do pośrednictwa akuszerki. Rękoczyny zaś używane przez tę ostatnią w celu wywołania poronienia są następujące: 1) gąbka stosownie przygotowana, 2) Κουμβιά czyli swego rodzaju masa, 3) *Laminaria digitata*; 4) pióro indycze, 5) rurki i zgłębniki elastyczne. Zdaje się jednak, że zastosowanie elastycznych zgłębników coraz bardziéj się upowszechniające, zdetronizuje wszystkie inne sposoby i rękoczyny. Jak więc widzimy i tutaj wpływ postępu daje się także zaznaczyć. Nie zawsze jednak zgłębnik daje pożądane rezultaty. Pamiętnym mi jest fakt, zaszły w jednym z tutejszych szpitali europejskich, wydobycia z jamy macicy czarnego elastycznego zgłębnika. Pewna młoda kobieta znajdując się w okresie poporodowym, była zagrożoną następstwami wynikającemi z braku kurczeń macicy niezbędnych do oddzielenia łożyska. To więc ostatnie wypadało oddzielić mechanicznie. I o cuda! w chwili badania macicy wydobyto najprzód nie łożysko, a tylko kawałek 10-centymetrowy elastycznego zgłębnika!

U Izraelitek, stanowiących oddzielną znowu kastę pośród mieszkańców Turcyi, przykłady poronień wywołanych w celu występnym są bardzo rzadkie. Jedynie bowiem u dziewczyn podejrzanéj konduity, pragnących uwolnić się od kłopotów porodowych, zdarza się spostrzedz przypadki poronień. W tym zaś celu używają one wspomnianéj już Κουμβιά. Jest to ciasto zarobione z mleka, szafranu, z żółtka, z jaja, wódki i innych jeszcze części składowych. Takie ciasto zawija się w cienką tkaninę i po nadaniu mu kształtu gałki wielkości orzecha wprowadza się do szyjki macicznéj. Podaję tu jeden tylko gatunek tych gałek pomijając wiele innych, których skład z małą różnicą jest prawie jednakowy. Kąpiele nasiadowe zimne i moczenie nóg, pijawki na części rodne zewnętrzne bywają także używane przez Izraelitki. Jeżeli jednak za pomocą wyżéj wskazanych środków nie zdoła się wywołać poronienia, wtedy wracać się zwykło do ostatniego środka, do tak zwanéj Kauty-ebe czyli akuszerki krwiożerczéj. Proszę jednak nie sądzić, że opisuję tutaj zwyczaje jakichś Eskimosów lub dzikich australskich plemion. Przeciwnie, fakta podobne mają miejsce przeważnie w Konstantynopolu, w łonie téj prawdziwéj królowéj miast. Wszystkim nam tutaj znane są owe okrutne izraelskie „*Kauty-ébé*,“ owe nieporównane akuszerki, które same przez się zniszczyły więcéj istot ludzkich, aniżeli jakaś zaraza nagminnie panująca; akuszerki, którym koła tutejszych mieszkańców winne są bardzo wiele za skutki przerażających ich pośrednictw.

Zastanówmy się teraz i zbadajmy następstwa powstające w skutek zastósowania rękoczynów i środków poronnych. Podług natury, jakości i dawki samego środka, miejsca i czasu trwania jego działania i wreszcie usposobienia kobiety, bóle już to prędko występują, łożysko oddziela się i poronienie ma miejsce. Lub też bóle ustają, lecz krwotok trwa kilka godzin lub kilka dni nawet, i wtedy rękoczyn zwykle się powtarza. I tak zwykło się postępować, dopóki wreszcie nie nastąpi poronienie, nie zwracając uwagi na bóle ani też na trwający krwotok. W innych znowu razach zarodek zostaje wydalonym lecz łożysko całe lub tylko w części pozostaje uwięzionèm w jamie macicy. W końcu nie rzadko się zdarza, że kobieta umiera razem z płodem pozostałym w macicy. Ztąd więc widzimy panie, które następnego zaraz dnia po dokonanym czynie używają spaceru, inne pozostające w domu, inne nieopuszczające łóżka a wreszcie i najnieszczęśliwsze, opłacające śmiercią popełniony występek! W ogóle zaś wydalenie płodu drogą kryminalnych poronień odbywać się zwyklo bardzo powolnie, z téj prostéj przyczyny, że środki wewnętrzne, których kobieta w obfitości użyła, rękoczyny mniéj lub więcéj gwałtowne, którym musiała się poddać, sprowadzają stan nawałowy a nawet zapalny macicy, osłabionéj w ten sposób we władzy koniecznego kurczenia się. Tym rodzajem bezwładności bywają także dotknięte i ściany jamy brzusznéj. Widok też, jaki się nam przedstawi przy badaniu kobiety, noszącéj zarodek uległy rozkładowi w macicy dotkniętéj stanem zapalnym, jest prawdziwie bolesnym i przykrym!

Wielka liczba chorób macicy bywa naturalném następstwem występnych poronień. Stanami zaś najczęściéj tu spotykanemi bywają przypadki *Perimetritis*. Są to, jak wiadomo, cierpienia długotrwałe i głęboko oddziaływają na sprawę odżywienia i pochłaniania. Z tego powodu zdarzyło się nieraz i doświadczonym nawet praktykom uznać za suchotnice osoby, u których przypady oskrzelo-płucne były tylko następstwem zmian zapalnych macicy. W istocie bowiem, badając klatkę piersiową chorych cierpiących na długotrwałe zapalenia tego rodzaju, znajdziemy czasem wypuk tępy, rzężenia, dźwięczność głosową w okolicy podobojczykowéj lewéj, oznaki łatwo mogące wprowadzić w błąd i utrudnić rozpoznanie istotnego siedliska cierpienia. Niemniéj także napady zimnicze poprzedzone dreszczami, gorączka, poty przejściowe bardzo często towarzyszą stanom zapalnym macicy. Wtedy to więc pacyjentki nasze biorą, porzucają i znowu biorą siarkan chininu, w przekonaniu, że mają do czynienia z zimnicą tylko; podczas gdy przyczyna cierpienia ma za swe siedlisko li tylko organa płciowe. Powróćmy jednak do kwestyj poronień. Są tu kobiety odbywające tę sprawę z wielką łatwością. Zdarzyło mi się sprawdzić dwa, trzy a nawet cztery poronienia w ciągu jednego roku u jednéj i téjże saméj osoby. U innych znowu przeciwnie macica jest jakby ze stali i poronienie bywa prawie niemożebném bez narażenia się na najgroźniejsze następstwa. Widziano kobiety spacerujące z łożyskiem lub z jego zgnilemi cząstkami uwięzionemi w macicy, podczas gdy u innych kobiet nienormalny ten stan przyspieszał zgon niechybny. Z tego powodu sądzę, że stan powierzchni macicy w miejscu, gdzie bywa przyklejoném łożysko, wywiera bardzo poważny wpływ na rozwój cierpień poporodowych. Jeżeli zaś łożysko zostanie odklejoném lecz niewydaloném z macicy, jego przejście w stan rozkładu nie zawsze sprzyja powstaniu zakażenia. W przeciwnym razie zakażenie gnilne jest nieuniknioném. I wtedy to właśnie spostrzegamy wszelkie zmiany widzialne i niewidzialne, których ścisły szereg cechuje nam gorączkę połogową.

Z tego, co powiedziałem, wynika w prostéj drodze przekonania, że w Turcyi nie tylko że egzystuje zbrodnia zowiąca się poronieniem, ale nadto niestety że złe to z każdym dniem wzmaga się i rozwija coraz to bardziéj. Do lekarzy więc, tych naturalnych stroży zdrowia publicznego, na-

leży przedsięwzięcie usiłowań ku zmiażdżeniu i powolnemu chociaż wykorzenianiu tych występnych czynów, jakkolwiek uświęconych zwyczajem i sankcyjonowanych niejako wschodniém niedołęztwem!

Nauka bowiem to potęga.

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Ω W Wiedniu padła nagle bez przytomności na ulicy dama, wykwintnie ubrana, córka jednego z miejscowych kupców. Zaniesiono ją do pobliskiéj polikliniki, gdzie po 20 minutowém otrzeźwieniu odzyskała zmysły. Zaraz potém nastąpiły wymioty, poczém stwierdzono porażenie całych grup mięśniowych i zupełną utratę czucia, tak że chora nawet nie czuła głębokich ukłuć szpilką.—Zabarwienie dziąseł niebiesko szare, cuchnący oddech wraz z objawami porażenia kazały się domyślać zatrucia ołowiem. Istotnie też chora przyznała się, że używa blanszu, sprowadzonego niedawno umyślnie z Paryża. Badanie chemiczne próbki tego blanszu wykazało, że zawiera bardzo wiele ołowiu.

Ω Na ostatniém posiedzeniu Towarzystwa medycyny wewnętrznéj w Berlinie mówił prof. Leyden o przypadku *Meningitis cerebro spinalis sporadica spontanea* u kobiety 50-letniéj. Leyden znalazł u téj chorêj przy sekcyi w świeżéj wypocinie opon mózgordzeniowych znaczną ilość mikrokoków, zupełnie analogicznych mikrokokom opisanym przez Klebsa jako *Micrococci Pneumoniae crouposae* i *Micrococci Erysipelatis*. Były one wprawdzie nieco większe od pierwszych, miały kształt więcéj owalny, występowały najczęściéj w grupach po dwie i okazywały ruch właściwy drgający.

Ω Sławna aktorka teatru nadwornego w Berlinie panna Stollberg zachorowała ciężko skutkiem otrucia aniliną. Otrucie to wywołały pończochy jedwabne czerwone, które artystka miała na nogach.—O podobném zatruciu donosi także Dr. Woodland. Spostrzegł on u pacyientek cierpiących na uporczywy wyprysk na podudziach, że noszą pończochy czerwone. To wzbudziło w nim podejrzenie, że te pończochy są przyczyną choroby. Po usunięciu przyczyny, choroba, dotąd uporczywie opierająca się leczeniu, ustąpiła. Badanie chemiczne pończoch wykazało, że do bejcowania użyto soli cynowéj w znacznéj ilości, która łącząc się z wydzieliną skóry mocno ją drażniła.—Z kilku stron w Niemczech donoszono o powstawaniu wyprysku na podudziach skutkiem noszenia pończoch barwy śliwkowéj, farbowanych aniliną.

Ω W Hamburgu robiono w ubiegłym tygodniu w obecności kilku wyższych oficerów i lekarzy sztabowych próby nad użyciem wielbłądów do przenoszenia rannych żołnierzy. W tym celu kazano sporządzić umyślnie nosze z lin i z drzewa, które w odpowiedni sposób zakładano wielbłądom jedno- i dwugarbnym. Jeden wielbłąd brał na swój grzbiet bardzo wygodnie dwóch rannych, a w razie potrzeby mógł ich pomieścić czterech. Urządzono także na prędce nosze z karabinów, któreby mogły na razie służyć w razie braku lin i drzewa. Do prób, które bardzo świetnie wypadły, użyto 18 „okrętów puszczy."

Ω Szczepienie wąglika według Pasteura ma miejsce we Francyi na wielką skalę. Według *Journal de l'Agriculture* zaszczepiono od 1 stycznia do 29 października 1882 r. w departamentach Eure et Loire 79,392 owiec, 4000 bydła rogatego i 500 koni. W tych dwóch departamentach ginęło w ciągu ostatnich lat 10 średnio 7.237 owiec rocznie skutkiem wąglika, co się oblicza na 9%. Od czasu zaprowadzenia szczepienia zginęło tylko w ciągu roku ostatniego 518 owiec, t. j. 0·24%. Pasteur jest zdania, że śmiertelność skutkiem szczepienia znacznie się zmniejszy, skoro się udoskonali metodę i materyję używaną do szczepienia.

Ω *British Medical Association*, liczące przeszło 10.000 lekarzy członków, postanowiło na wniosek prof. Humphreya wezwać wszystkich swoich członków do robienia spostrzeżeń nad kwestyjami, które nie zostały dotąd w medycynie rozjaśnionemi. W tym celu wybrano odpowiednią komisyję, która ma podawać pytania, jakie się będzie Członkom Towarzystwa rozsyłać. Obecnie rozesłano wezwanie do badań nad kwestyją zaraźliwości suchot płucnych. Aby oszczędzić pracy Członkom Towarzystwa, zażądano odpowiedzi na następujące pytania: 1) Czyś Pan widział, że w jakim przypadku niezawodnie suchoty płucne udzieliły się od jednéj osoby drugiéj? Na pytanie to należy odpowiedzieć: Tak lub Nie. 2) W razie odpowiedzi twierdzącéj uprasza się o bliższe szczegóły, np. czy między osobami, którym się suchoty udzieliły, zachodził jaki stopień pokrewieństwa lub skłonność dziedziczna itd.

Ω A. J. Rossi, L. F. Beclewith i E. Gillet wynaleźli sposób łatwego a taniego wyrabiania lodu. W ostatnich czasach robiono proby z amonijakiem, aby wywołać przy odpowiedniéj zmianie ciśnienia znaczne oziębienie. J. Rossi i jego towarzysze użyli tutaj własności gliceryny pochłaniania amonijaku. Gliceryna pochłania amonijak blisko w 600 objętościach. W przyrządzie J. Rossiego amonijak zostaje za pomocą odpowiedniego mechanizmu uwolnionym z gliceryny, skutkiem czego powstaje znaczne obniżenie ciepłoty. Skoro cel się osiągnie, amonijak napowrót ulega pochłonieniu przez glicerynę. Doświadczenia robione w obecności prof. Seelego wykazały, że lód tworzy się w ciągu niespełna 20 minut. (*Wiecks Gew. Ztg.*)

Ω *St. Peterb. med. Wochenschrift* pisze co następuje. Dr. Botkin został zawezwanym na konsylium do pewnego domu, w którym rodzina, składająca się z trzech osób zachorowała nagle wśród objawów tyfoidalnych, bardzo ciężkich. W 4 godziny po obiedzie wystąpiły równocześnie gwałtowne wymioty u ojca, matki i ich 18-letniego syna, poczém u wszystkich trzech nastąpił silny dreszcz, trwający koło pół godziny, a następnie silna gorączka i pragnienie. W kilka godzin późniéj nastąpiły u wszystkich trzech osób majaczenia i zwidywania, tak że chorzy robili wrażenie osób chorych na dur ciężki. Botkin, którego zaraz uderzyły równoczesny początek choroby i jednakowy jéj przebieg u wszystkich trzech osób, nie mógł się wstrzymać od przypuszczenia zatrucia, i dla tego przedsięwziął bardzo staranne badania chemiczno-drobnowidowe. Badania te wykazały całe gromady robaków częścią żyjących, silnie się wijących, częścią zaś nieżywych, które dotąd nie były opisywane przez zoologów i patologów. Botkin nazwał je dla podobieństwa z trychinami *Trichinae contortae* i dał do cieczy pożywnéj. Tym sposobem otrzymał w téj hodowli całe pokolenia tych robaków. Z robakami temi robił doświadczenia na zwierzętach. Psy, koty, króliki, które zjadły nawet tylko jednego z tych pasorzytów, podlegały ciężkim objawom chorobowym. Dalsze poszukiwania Botkina przekonały, że pierwotnie pasorzyt ten znajdował się w cebuli (*Allium cepa*), któréj użyto do przyprawy potraw. Dziwna rzecz, że wiele z tych pasorzytów nie zginęło w wyższéj ciepłocie, potrzebnéj do przyrządzenia potraw. Osoby zatrute po kilkudniowéj chorobie powróciły do zupełnego zdrowia. *Allg. med. Ctr. Ztg.* pisze o tym przypadku podanym przez Botkina: „Pasorzyty te były już znane. Znajdujemy bowiem w *Corresp. Bl. d. Vereins anal. Chemiker* w Nrze 15 z r. 1879 co następuje: przesyłamy redakcyi okaz cebuli, którą naszemu chemikowi, aptekarzowi R. Wöldicke, dano do zbadania. Cebula ta zawiera w znacznéj ilości robaki podobne do trychin, *tylinchus devastrix*" R. Wöldicke przesłał do zbadania jednę z nadesłanych cebul specyjaliście prof. Kühnego w Hali.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 18—24 lutego umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: 27,1. Z ospy umarło 1, z błonicy 1, z róży 1. Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku ospy, 13 odry, 4 płonicy, 1 błonicy, 3 duru osutkowego. W tygodniu od 11—17 lutego ospa w Londynie utrzymywała się w jednakowém nasileniu. Leczyło się w szpitalach 95, umarło 3, zachorowało 5. W Brukseli, Granadzie, Lizbonie umarło po 3, w Wiedniu i Walencyi po 4, w Roterdamie i Warszawie po 5, w Murcyi, Aleksandryi i Filadelfii po 6, w Nowym Orleanie 13, w Paryżu 14, w Petersburgu 18, w Baltimore 75, w Bombayu 32, w Rio de Janeiro 64. Z duru umarło mniéj w Pradze i Paryżu, więcéj w Budapeszcie, Warszawie, Bukareszcie i Aleksandryi. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 3, w Wiedniu 2. Z błonicy więcéj wymierało w Amsterdamie, Paryżu, Petersburgu i Warszawie. Z febry żółtéj umarło w Rio de Janeiro w 2éj połowie grudnia 1. Rada zdrowia w Egipcie uchwaliła w d. 9 stycznia środki ostrożności przeciwko cholerze poznosić od 1 lutego.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 11—17 lutego umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 21,1; w Warszawie 34,0; w Poznaniu 27,5; w Wiedniu 33,9; w Budapeszcie 30,0; w Pradze 38,8; w Tryjeście 22,7; w Berlinie 24,9; w Gdańsku 25,9; w Mnichowie 34,0; w Kolonii 24,8; w Dreźnie 23,6; w Lipsku 21,4; w Bazylei

21,4; w Brukseli 23.3; w Amsterdamie 32,1; w Hadze 23,2; w Paryżu 28,0; w Londynie 20,1; w Kopenhadze 25,2; w Stokholmie 31.7; w Chrystyjanii 17,1; w Petersburgu 39,6; w Rzymie 20,3; w Wenecyi 44,8; w Bukareszcie 31,7; w Lizbonie 27,3; w Aleksandryi 44,1; w Nowym Yorku 25,1; w Filadelfii 23,0; w Rio de Janeiro 52,5; w Bombayu 30,1; w Madrasie 33,6.

J. B.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 8 marca. D. 22 lutego wykonał prof. Mikulicz w klinice chirurgicznéj na 35-letniéj kobiecie z okolic Trzebini pochodzącéj, resekcyję odźwiernika z powodu raka galaretowatego, ograniczonego, po części wrzodziejącego, kolisto cały odźwiernik zajmującego. Operacyja wykonana według Billrotha, trwała przeszło 2 godziny, do szwów użyto jedwabiu; uciskadła Wehra okazały się praktycznemi. Przebieg pooperacyjny całkiem bezgorączkowy; operowana obecnie już spożywa wszystkie pokarmy.

Według zestawienia Rydygiera resekcyję odźwiernika na ludziach wykonano dotychczas ze skutkiem 5 razy (Billroth 2 razy, Wölfler 1, Czerny 1, Rydygier 1); osoba operowana przed 2 laty przez Wölflera żyje dotąd.

* Asystentem przy Zakładzie chemii lekarskiéj w Krakowie mianowany został doktorand med. p. Józef Wiczkowski.

* Lekarz powiatowy Dr. Obtułowicz w Buczaczu, współpracownik nasz, zapadł ciężko na dur plamisty; poprzednio przebył tę chorobę tameczny lekarz miejski Dr. Krzyżanowski.

* Czysty dochód z balu lekarskiego we Lwowie wynosi 2.112 zła.

* Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie zaczyna rozwijać coraz większą działalność. Obecnie przygotowuje się do druku dzieło Doc. Dra Pieniążka o chorobach nosa i gardła, a liczba dzieł oryginalnych powiększy się w najbliższym czasie, gdyż jeden z profesorów Wydziału lek. krak. przysposabia obszerny podręcznik w jednéj z gałęzi nauk lekarskich, na którym naszéj literaturze dotąd zbywało. Dochody wydawnictwa przez pierwsze dwa miesiące rb. są daleko większe, aniżeli w ciągu całego r. 1882 i to tak z wkładek rocznych Członków i Prenumeratorów, jakoteż z rozsprzedaży dzieł, które zaczynają zyskiwać coraz więcéj zwolenników pomiędzy lekarzami i uczniami medycyny.

(M.) Na wniosek kraj. Rady zdrowia udzielił Wydział krajowy nagrody za odznaczenie się w zeszłoroczném szczepieniu następującym lekarzom: pierwszą nagrodę Drowi Jul. Bandrowskiemu w Rzeszowie (200 złr.), drugą chir. Adamowi Peszkowskiemu w Leżajsku (180 złr.), trzecią Drowi Jackowi Jabłońskiemu w Lubaczowie (150 złr.), czwartą Drowi Szczęsnemu Oświecimskiemu w Bochni (100 złr.).

* W Ligotce o 2 mile od Cieszyna w Szląsku austryjackim, pożądane jest osiedlenie się lekarza, któryby objął kierownictwo zakładu wodoleczniczego. Bliższych wiadomości udzielić może Redakcyja Przeglądu.

* Na wniosek najwyższéj Rady zdrowia Ministerstwo spraw wewn. zarządziło, aby lekarzom praktykującym polecono postępowanie Credé'go, mające na celu zapobiegania śluzoropotokowi noworodków, a polegające na natychmiastowém czyszczeniu oczu noworodków i wpuszczaniu kropli 2% roztworu azotanu srebrowego; akuszerki zaś obowiązane będą, obmywania oczu uskuteczniać za pomocą wody letniéj i wzywać lekarzy, skoro tylko spostrzegą stan zapalny.

* W Paryżu ma wychodzić międzynarodowe czasopismo chirurgiczne (rodzaj Centralblattu prawdopodobnie w 3 językach).

* **Wiedeń.** Klinicyści tutejsi Bamberger i Nothnagel przystąpili do wydawnictwa pisma *Zeitschrift f. klin. Medicin*, które dotąd wychodziło pod redakcyją proff. Frerichsa i Leydena.

□ **Francyja.** Spór o pierwszeństwo wynalazku należy do rzeczy zwyczajnych we Francyi; częściéj on przytrafia się między uczonymi Francuzami z jednéj i cudzoziemcami z drugiéj strony aniżeli między samymi Francuzami; chociaż i takie przypadki nierzadkie. W Nrze 9 *Le Progrès medical* zamieszcza list otwarty Dra Jakubskiego, w którym rodak nasz ogłasza, że udzielił paryskiéj Akademii lekarskiéj w imieniu prof. Neugebauera niezbite dowody prostujące historyczny pogląd na operacyję *Elytrorrhaphia mediana*, wygłoszony w téj instancyi naukowéj. Nie znajdując rzeczonego sprostowania w protokóle z ostatniego posiedzenia Akademii, Dr. Jakubski podaje je do publicznéj wiadomości w *Progrès medical*: „Sławny chirurg francuski Dr. L. Le Fort wykonał w mowie będącą operacyję i zdając o niéj sprawę w Towarzystwie chirurgiczném d. 14 lutego 1877 r. twierdził, że ona jest jego pomysłu i poraz pierwszy przez niego wykonaną; w istocie rzeczy pierwszą myśl téj operacyi podał Dr. Gérardin (z Metzu), a pierwszym operatorem, który urzeczywistnił pomysł Gérardina był Dr. Neugebauer w r. 1867. Wyniki téj operacyi zostały ogłoszone w sprawozdaniach szpitala św. Ducha w Warszawie z lat 1867, 1870, 1871 i 1872, oraz w protokółach z posiedzeń Sekcyi lekarskiéj V Zjazdu lekarzy i przyrodników w Warszawie 1874 r., jak również na Zjeździe przyrodników w Badenie 1879 r."

□ **Rosyja.** Dr. Ditman naczelny lekarz homeopatycznego szpitala w Petersburgu zawiadomił Zarząd „Czerwonego krzyża," który na ten szpital łożył z własnych funduszów, że od 15 grudnia żaden chory nie zgłosił się do Zakładu, w skutek czego szpital ten został zwinięty. Przypominamy, że to w tym szpitalu miano udowodnić, że błonica leczona homeopatycznie zawsze kończy się wyzdrowieniem. Wierni zasadzie *similia similibus curantur* homeopaci poczęli posługiwać się lekami, przyrządzonemi z produktów chorobowych; nazwy tych leków: syfilin, bubonin, gonorryn, leykoryn, antracyn itd., wskazują źródło ich pochodzenia, oraz wyjaśniają ich przeznaczenie.

Wracz w Nrze 3 pisze: że prof. Mierzejewski w kwietniu rb. rozpocznie wydawanie czasopisma: Archiwum psychijatryi i neuropatologii; będzie to pierwsza publikacyja w Rosyi, poświęcona specyjalnéj gałęzi medycyny. — *Moskow. Telegraf* donosi, że w Charkowie prof. Kowalewski otrzymał zezwolenie na wydawanie kwartalnika téjże saméj treści.

Zaria donosi, że na miejsce doc. Schwarza przeznaczono doc. Tołoczenowa zarządzającym kliniką położniczą w Kijowie. Minister oświaty zawiadomił Senat uniwersytecki, że zamierza powiększyć liczbę profesorów na Wydziale lekarskim w Kijowie, wzmocnić liczbę prosektorów i laborantów, oraz ustanowić instytucyję prywatnych docentów. (*Kijewlanin* 11 stycznia rb.)

Czytamy w *Mosk. Telegr.*, że w skutek niezapłacenia wpisowego za ubiegłe półrocze zostanie wykreślonych w Uniwersytecie kazańskim 90 studentów; w téj liczbie 52 medyków.

W Nrze 5 donosi *Wracz* o zwinięciu przez Rząd żeńskich lekarskich kursów; osoby, które nabyły dyplom lekarski będą używać tytułu uczonéj położnicy, wolno im będzie trudnić się praktyką prywatną, natomiast nie będą mogły otrzymać żadnéj posady publicznéj. Żeńskie kursy mogą być ponownie otwarte, lecz za fundusze prywatne; obficie płynące na ten cel składki nie prędko dosięgną potrzebnéj sumy.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga czeska.** Dr. Wilhelm Fischel habilitował się jako docent prywatny położnictwa w Wydziale lek.

* **Wiadomości osobowe.** Stopień doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Jan Mężyk z Olszy i Ignacy Schaitter z Rzeszowa.

* **Nekrologija.** W Bukareszcie umarł Dr. Bazyli Vladescu, profesor okulistyki w Uniw. tamecznym. — W Falkenau w Czechach umarł Dr. Józef Nemetschek, b. docent okulistyki w Uniw. praskim, w 49 roku życia.

W Paryżu umarł w 94 roku życia Dr. Cloquet, profesor Uniwersytetu. — W Ixelles umarł Dr. Marchant, profesor nadzwyczajny Wszechnicy w Brukseli. — Dr. Bertillon prof. dermatologii w paryskiéj szkole antropolog. umarł w 61 r. życia.

We Włoszczowéj, gub. Kieleckiéj, umarł Dr. Franciszek Wesołowski, urodzony w r. 1798 w Trzebini. Ukończywszy nauki prawnicze w Warszawie w r. 1827 był w r. 1830 audytorem wojskowym a późniéj pracował przy trybunale w Warszawie; następnie porzucił sądownictwo, powrócił do Krakowa i tu w r. 1853, licząc wtedy już 55 lat, uzyskał stopień doktora; po 4-letniéj praktyce w szpitalu św. Łazarza, wrócił do Królestwa i osiadł we Włoszczowéj, gdzie aż pod koniec życia cieszył się zaufaniem niezwykłém. *(Medycyna)*

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

w *Gaz. Lek.* Nr. 9: Dogiela: Nowe badania nad przy-

czynami układania się w rulony czerwonych krążków krwi; Pacanowskiego: Kilka uwag nad przebiegiem tyfusu brzusznego i wysypkowego w klinice terap. szp. św. Ducha od r. 1872—1882 (c. d.); — w *Medycynie* Nr. 9: Florkiewicza i Rogowicza: Przypadek przybłoniaka szyi macicznéj.

Redakcyja otrzymała:

Sprawozdanie z czynności Warszawskiego szpitala dla dzieci wyzn. mojżesz. fundacyi małżonków Bersohn i Baumann za czas od 1 lipca 1878 do 1 stycznia 1882 r. Warszawa 1883, in 4to 44 z 5 tabl. (Sprawozdanie podamy w numerze przyszłym).

Dr. Ign LINK (w Stryju): Beiträge zur Kenntniss der Lagenabweichungen des Uterus, Wien 1883 in 8vo str. 33.

Sprawozdanie Rady Zawiadowczéj Towarzystwa Lek. Galicyjskich za rok 1882. Lwów 1883, in 8vo str. 24.

Dr. Mieczysław Dunin WĄSOWICZ: Farmakognozyja. Zeszyt 1. Lwów 1883, in 8vo str. 68

Piśmiennictwo lekarskie. KÖLLIKER A. Ueber die Lage der weiblichen inneren Geschlechtsorgane. Mit 3 Tfln. gr. 8. Bonn, Cohen et Sohn. M. 4

KÖNIG J. Procentische Zusammensetzung u. Nährgeldwerth d. menschlichen Nahrungsmittel. Graph. dargestellt-chromolith. Tabelle. Imp. Fol. M. Text. gr. 8 Berlin, Springer. M. 1 20.

KRISHABER. De la méthode ignée appliquée aux granulations du pharynx et du larynx 8 Paris, Masson. Fr. 1.

— De la sonde oesophagienne à demeure. 8. Paris Masson, Fr. 1.

LOEWENBERG. Le furoncle de l'oreille et la furonculose. 8. Paris, Delahaye et L. Fr. 1½.

Z Rady Zawiadowczéj Towarzystwa lekarzy galic.

Ogłoszenie.

Tegoroczne Walne Zgromadzenie Towarz. lek. galic. obrało Skarbnikiem jeneralnym Towarzystwa na trzy lata kolegę Aleksandra Litticha c. k. weterynarza krajowego. Uwiadamiając o tym wyborze szanownych Kolegów, upraszamy, aby odtąd wszelkie wpłaty pieniężne do kasy naszego Towarzystwa przysyłali do kol. Litticha (Lwów, ulica teatyńska 9 lub c. k. Namiestnictwo).

Lwów, dnia 26 lutego 1883.

Dr Merunowicz, sekretarz jener. — *Dr Hoszard*, przewodniczący.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Wnemu N. w Moskwie Dnia 27 stycznia r. b. otrzymaliśmy **8 rs.** (nie **10 rs.**), a ponieważ przedpłata roczna na Przegląd wynosi 6 rs., przeto 2 rs. zapisano na rachunek przedpłaty w r. 1884.

Sprostowanie. W Nrze 9 Przegl. Lek. na str. 110, szpalcie 2éj, wiersz 4 od góry, zamiast „obszernego tematu" ma być obranego tematu.

Dla członków Tow. Lek. gal. załącza się Sprawozdanie Rady Zawiadowczéj Tow. Lek. gal za r. 1882.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja.
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 17 marca 1883. **№ 11.** Rok XXII.

I. Z prosektoryjum szpitala powszechnego we Lwowie.

Włókniak po części tłuszczak śluzakowaty (Köster) więzu przedkręgowego.

Opisał Dr. W. Pisek,
b. asystent katedry anatomii patolog. Uniw. Jagiell., obecnie lekarz szpitala powszechnego lwowskiego.

„*Haec etiamsi medicum non faciunt, medicinae tamen aptiorem reddant*“ możnaby z pergamejskim mistrzem powiedzieć o kazuistyce anatomicznéj. Minęły wprawdzie czasy, w których starannie zapisywano i najmniéj znaczący szczegół przy sekcyjach wykryty, gdzie opis rzadszego zboczenia chorobowego rzucał światło w któryś ciemny zakątek naszéj wiedzy lekarskiéj i tyle zaważył, co odkrycie nowéj prawdy; pomimo to jednak i w obec dzisiejszego stanu nauki kazuistyka lekarska, a w szczególności anatomiczna, pozostaje dzielną podporą klinicysty, cenną mistrzynią praktyka, teoretykowi zaś jest ona argumentem za lub przeciw teoryjom, którym nigdy nie poszkodzi zbytek dowodów.

Dwojakiego rodzaju pobudki skłoniły mnie do podania niniejszego opisu do wiadomości powszechnéj. Przedewszystkiém rozmiary, dotąd nie wiem czy spostrzeżone, u nowotworu z tkanki zaotrzewnowéj a raczéj z więzadła przedkregowego (*Ligamentum longitudinale anterius columnae vertebralis*) swój początek biorącego; a powtóre rzadsza kombinacyja utkań w skład nowotworowych mas wchodzących.

Przypadek dotyczy staruszki 60-letniéj, zmarłéj w szpitalu powszechnym lwowskim po stosunkowo krótkim tamże pobycie. Oto wynik oględzin pośmiertnych z dnia 31go sierpnia 1882 r.

Zwłoki kobiety dobrze zbudowanéj. Skóra blada, na odnogach mocno napięta, połyskująca. Tkanka podskórna tak odnóg jak i tułowia w wysokim stopniu surowiczo obrzękła. Brzuch olbrzymio wzdęty, zniekształcony skutkiem obecności nieprawidłowéj treści w jamie brzusznéj. Okolica mostka nieco wypuklona. Wydęcie brzucha sięga aż po mostek, tak iż zwisającą szczekę dolną oddziela zaledwie przestrzeń 5—6cm. od wyczuwalnych tuż przy mostku guzów jamy brzusznéj. Szyja krótka, klatka piersiowa szeroka, wszędzie mierny pokład tkanki tłuszczowéj podskórnéj obok znacznego obrzęku surowiczego. Kości czaszkowe niezmienione, tożsamo opony mózgowe. Sam miąższ mózgowia obok miernego przekrwienia zastoinowego okazuje cechy zaniku starczego.

Po otwarciu jamy brzusznéj okazuje się guz imponujący swemi wymiarami, zajmujący całą jamę brzuszną i miednicę, a ku górze wypierający przeponę do poziomu trzeciéj pary żeber. Ponad guzem przebiega ukośnie od góry i od strony lewéj ku dołowi i na prawo szarawo zielonkowaty na dwa palce szeroki postronek, w którym po bliższém zbadaniu rozeznać można część jelita grubego, mianowicie jelito zstępujące znacznie wyciągnięte, przyrośnięte ściśle do guza i opasujące go w kształcie obręczy, znikając pod guzem w zatoce prawéj kości bezimiennéj. W témże miejscu znachodzą się jelita cienkie, w luźny ze sobą niepozrastany kłąb zwinięte, w części wydobywające się z pod guza, dającego się w tém miejscu nieco ku lewéj stronie podnieść. Wzdłuż strony prawéj guza przebiega jelito wstępujące, znacznie wydęte, pozrastane z guzem a przechodzące łukowato w część poprzeczną. Część ta ułożona jest w rowku mniéj więcéj poprzecznie przebiegającym ze strony prawéj ku lewéj, a utworzonym przez płaty względnie guzy mniejsze, stanowiące ciąg dalszy masy nowotworowéj poniżéj w jamie brzusznéj rozrosłéj. W miejscu odpowiadającém zagięciu śledzionowemu jelita grubego przechodzi część tegoż poprzeczna w ów wyciągnięty wyżéj wymieniony pas w kształcie przekątni dzielącéj cały guz na dwie połowy.

S i e ć w i e l k a przechodzi jako ciąg dalszy więzu żołądko-okrężnicowego z okrężnicy ponad guzem ukośnie ku zewnątrz, zrastając się w okolicy zagięcia śledzionowego

z masami nowotworowemi. Sieć duża jest zresztą wolna, nie przyrośnięta do guzów pokrytych przez nią w nieznacznéj tylko części górnéj. Odsunąwszy nieco guz ku dołowi widzi się jego ciąg dalszy w postaci miększych, więcéj płaskich mas nowotworowych pod przeponę wciśniętych, przylegających do przedniéj ściany żołądka ściśniętego, wiotkiego, ukrytego w całości pod nowotworem. To samo dotyczy i wątroby guzami zasłoniętéj.

W ą t r o b a wyparta znacznie ku górze okazuje po usunięciu na bok mas nowotworowych swą dolną powierzchnię zwróconą ku przodowi, górną zaś ku tyłowi. (Skręcenie koło osi poprzecznéj ku górze). W całości wątroba ściśniętą była nowotworem wypychającym ją ku górze i ku tyłowi.

W obec kolosalnych rozmiarów guza rzeczą nieodzowną było zmienić nieco tryb oględzin pośmiertnych. Skoro się pooryjentowałem w ogólnych zarysach o stosunkach topograficznych, przekonawszy się następnie, że w miednicy małéj dają się dotykiem stwierdzić: po pierwsze, ciąg dalszy jelita zstępującego od strony dolnéj prawéj guza temuż towarzyszący (i od dołu doń przyrośnięta kiszka stolcowa); powtóre obecność małéj, prawie niepowiększonéj, macicy z j a j n i k a m i nieco dyslokowanemi; po trzecie, obecność pęcherza i moczowodów uciśniętych, przystąpiłem do oględzin jamy piersiowéj, następnie napowrót do zbadania jamy brzusznéj.

M o s t e k, łukowato nieco ku przodowi się wypuklający krótki, pokrywa wyrostkiem mieczowym, a nawet częścią trzonu swego, masy nowotworowe poprzedzielane ścieńczałą częścią ścięgnistą przepony. W następstwie tego i serce głębiéj nieco w jamie piersiowéj było położonem. Pojęcie o dyslokacyjach trzew daje ta okoliczność, że w linii prostéj odległość łuku szczęki dolnéj (bródki) od mas nowotworowych mało co przewyższała szerokość dłoni.

P r z e p o n a, jak wyżéj wspomniano, sięga poziomu t r z e c i é j pary żebrowéj, w całości znacznie ścieńczała skutkiem nadmiernego wydęcia ku górze masami nowotworowemi.

P ł u c a oba wypuklające się z jam opłucnowych okazują po wydobyciu opłucnę sinawą, zasianą licznemi kropkami ciemnoczerwonemi, szczególnie na przylegających do siebie powierzchniach płatów. Części dolne obu płuc łykowate, sinawe, bezpowietrzne, uciśnięte. Górne na przekroju ciemnoczerwone zalewają się obficie pienistą cieczą. W częściach przybrzeżnych płuca są bledsze, znacznie powietrzem poduszkowato wzdęte.

Osierdzie blade, gładkie. S e r c e w swéj prawéj połowie znacznie rozszerzone, wiotkie, okazuje na swéj powierzchni liczne drobne kropkowate wynaczynionki, usadowione szczególnie w rowku naczyń wieńcowych lub w pobliżu tychże. Śródsierdzie i zastawki niezmienione, w komórkach mało skrzepów, natomiast znaczniejsza ilość płynnéj ciemnoczerwonéj, gęstej krwi. Mięsień sercowy b r u n a t n a w y, częścią żółtawy. Naczynia wieńcowe niezmienione.

W ą t r o b a nieco zmniejszona, okazuje brzegi ostre. Torebka cienka przejrzysta. Więzadła cienkie wieńcowe nieco wydłużone. Miąższ wątroby na rozkroju ciemnobrunatnawy o wyraźnym rysunku zrazikowym, znacznie przekrwiony, spojności prawidlowéj. Wnęka i przyrząd żółciowy nie okazują zmian.

Nerki przytykają wnęką do guzów nowotworowych, którenii lewa nerka w całości nawet jest objętą. Wielkość nerek prawidłowa. Torebka ściśle z masami nowotworowemi pozrastana. Na przekroju nerek widoczne są cechy zaniku starczego obok miernego przekrwienia. Miedniczki i moczowody nieco szersze, zresztą niezmienione.

Śledziona mała, zanikająca. Miąższ łykowaty, wiotki. W całości przyrośnięta do nowotworowych guzów.

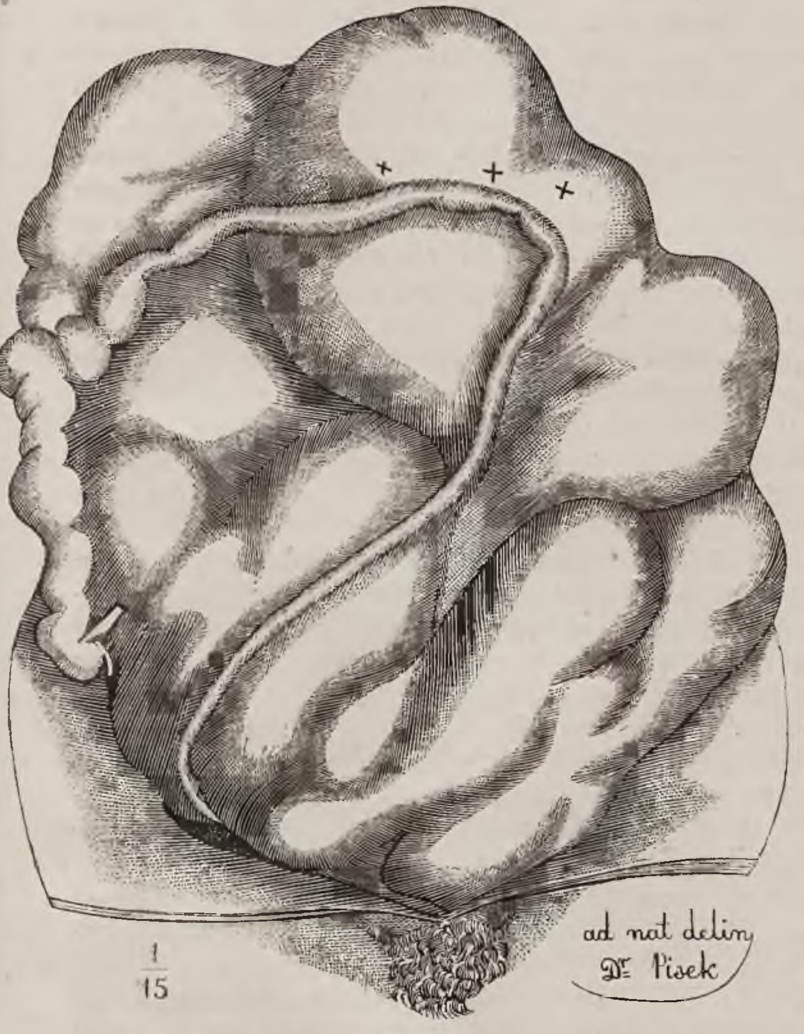
Po mozolném odpreparowaniu można było guz wraz z trzewami brzusznemi całkowicie wydobyć. Wydobywając guz przekonałem się, że z miednicą tylko nader luźno w związku pozostawał. Dolny tylko odcinek tegoż z góry zasłaniał wchód miednicy a masy nowotworowe usadowieniem swém sięgały ku dołowi co najwięcéj początku kości krzyżowéj, podczas gdy bezkształtne masy nowotworowe zwisały do miednicy, sięgając do tylnéj powierzchni macicy. Macica była ku przodowi pochyloną, ruchomą, nieznacznie wydłużoną, jajniki oba widoczne, (o czém obszerniéj nieco późniéj). Śród wydobywania guza można téż było stwierdzić jego początek czyli wyjście. Otóż najsilniéj był uczepiony wzdłuż kręgów lędźwiowych od strony lewéj, w téj téż linii począwszy od ostatniego kręgu piersiowego aż do kości krzyżowéj można było wykazać znaczny pokład białawéj, twardéj, miejscami prawie bliznowatéj, beleczki kostne zawierającéj, tkaniny, silnie z więzem przedkręgowym zespojonéj bez wyraźnego odgraniczenia w tenże przechodzącéj. W okolicy nerki lewéj podstawa czyli uczepienie guza stawało się szerszém przeistaczając się w masy tkanki łącznéj nerkę lewą obejmujące. Przy odpreparowaniu guzów można było tedy najdokładniéj stwierdzić, że tylko wzdłuż kręgów i tuż obok kręgosłupa istniał związek nowotworu z otoczeniem (podstawą). Należy sobie zatém wyobrazić, że jedyne uczepienie guza, podstawę jego, stanowiła przednia powierzchnia kręgów lędźwiowych. Po jednéj i drugiéj stronie leżały rozrosłe masy nowotworu, nieprzyrośnięte do tylnéj ściany brzusznéj, wyjąwszy okolicę lewéj nerki a po części i zagięcia wątrobowego jelita grubego.

N a c z y n i a g ł ó w n e jamy brzusznéj, jako to żyła dolna główna, tętnica główna brzuszna, nie okazywały, co jest uwagi godném, znaczniejszych zmian uciskowych, choć i jedna i druga były i długie lata musiały być bezpośrednio pokryte guzem. Żyła tylko była w całości nieco szerszą, zresztą niezmienioną. Tętnica główna była miażdżycą dotknięta.

Nim skończę rzecz o szczegółach topograficznych, jeszcze słów kilka o umieszczeniu j e l i t a c i e n k i e g o. Znachodziło się ono w całości po stronie prawéj guza tuż ponad kością biodrową prawą w sąsiedztwie bezpośredniém jelita ślepego. W tém miejscu szczególniéjsze ukształtowanie mas nowotworowych dozwoliło, jakby w zaułku, między okrężnicą a masami nowotworowemi, jelitom cienkim, wolnym od ucisku spokojnie leżeć. To też z wyjątkiem górnego odcinka jelita czczego i dwunastnicy p o d g u z e m p o ł o ż o n y c h nieco rozszerzonych i uciśniętych pozostałe części jelita cienkiego były zupełnie swobodne i niezmienione. Brak zmian większych uciskowych w jamie brzusznéj tłumaczy się szczególniejszą budową guzową nowotworu, wykazującego zatém liczne różnokształtne wyżłobienia, jakby szpary, redukujące w wysokim stopniu skutki ucisku.

Po wypróżnieniu jamy brzusznéj i odskrobaniu dokładném kręgów, przyczém na jaw występował wszędzie ścisły związek guza z powięzią przedkręgową, można się było przekonać, że kręgi wcale naruszonemi nie były, nadto w ich sąsiedztwie znachodziły się wśród utkania nowotworu blaszki

kostne tu i owdzie z okostnéj trzonów kręgowych wychodzące. Wyjęty nowotwór przedstawiał się jako olbrzymi konglomerat większych i mniejszych guzów oddzielonych od siebie głębokiemi rowkami, na podstawie jednoczących się w masę nowotworową więcéj jednostajną. Powierzchnia guzów poszczególnych lśniąca, wszędzie gładka, biaława lub żółtawa. Miejscami można było otrzewnę jako osłonę guzów rozeznać z całą dokładnością.



Włókniak zaotrzewnowy. Po stronie prawéj jelito ślepe. Jelito biodrowe, które w postaci kłębu pokrywało część nowotworu w tém miejscu, odcięte. Dwunastnica i część jelita czczego położone były pod nowotworem. Jelito zstępujące wyciągnięte, zwężone, przebiega ponad guzem ściśle z nim złączone i zagina się, przechodząc w odbytnicę w okolicy prawéj kości biodrowéj pod nowotwór. Wątroba żołądek w całości zakryte. Sieć mniejsza odcięta w miejscach + + +

(Dok. nast.)

II. Zarośnięcie pochwy macicznéj nabyte. Wyleczenie za pomocą operacyi.

Napisał Dr. **Maksymilijan Kohn.**

LITERATURA: Hegar u. Kaltenbach: *Operative Gynaekol.* 2 Aufl.— Puech: *Des atresies completes des voies gen. Anal. de Gynéc.* T. III. i T. IV.—Breisky: *Archiv-Corresp. Blatt f. Schweiz. Aerzte.—Prager med. Wochenschr.* — *Die Krankheiten der Vagina.* Stuttgart 1879. — C. Braun-Fernwald: *W. Allg. med. Ztg.* 1861, Nr. 53 — *Wiener med. Wochenschr.* XXIV. 36 i 37. — Richmond: *Ref. Centralbl. f. Gynaec.* 1877, p. 368.—M. Weiss: *Prager med. Wochenschr.* 1878 N. 21 i d.—Thomas Addis Emmet: *New York med. Rev.* II, Nr. 26 p. 35. — C. von Rokitansky: *Jahresbericht d. Maria-Theresia Fr. Hosp. über d. J. 1877.* — J. Klob: *Path. Anatomie d. weibl. Sexualorgane* p. 425.— Raciborski: *Traité de la menstruation.* Paris 1868, p. 526.—Müller: *Scanzoni's Beiträge* B. I. p. 67.—Steiner: *Wiener med. Woch.* 1871, Nr. 29 i 30. — G. Thomas: *Diseases of women.* 3 ed. p. 154.—Godefroy: *Gaz. des hôp.* 1856. Nr. 142.—Bryk: *Wien. med. Woch.* 1865. Nr. 11—18. — Gervis: *London Obst. Transact.* V. 5 p. 284.

Zarośnięcie pochwy tak wrodzone jak nabyte należy do zdarzeń rzadkich; następstwa téj zmiany bywają nieraz groźne, wskazania do operacyi często ostrożnie należy czynić a sam rękoczyn nieraz jest niebezpieczny; już te przeto okoliczności mogłyby usprawiedliwić ogłoszenie następującéj historyi choroby z kilkoma uwagami. Zachęcają mnie nadto rozmaite i wybitne różnice mego przypadku w porównaniu z innemi w literaturze opisanemi.

Zarośnięcia pochwy zdarzają się wtedy, kiedy przewód rodny jak zwykle jest z urodzenia pojedynczy, albo jest w części lub całości podwójny. Zarośnięcie pochwy pojedynczéj jest albo wrodzone albo nabyte. Pierwsze jest często połączone z wadą utworową, dotyczącą także macicy i jajników; znajdujemy wtedy brak pochwy właściwéj w połączeniu z brakiem macicy i jajników lub tylko z śladami tychże narządów. Te wady utworowe, jakkolwiek nieuleczne, nie przedstawiają jednak żadnych niebezpieczeństw; pociągają zaś za sobą zawsze niemożność prawidłowego spółkowania i niepłodność.

Inaczéj rzecz się przedstawia, gdy w obec dojrzałości płciowéj i należycie rozwiniętych jajników i macicy pochwa już to zaraz przy ujściu *(atresia hymenalis)*, już téż to głębiéj w mniejszéj lub większéj rozciągłości jest zarośniętą, gdyż tu skutki stają się groźnemi a rękoczyn często niebezpiecznym.

Zarośnięcie takie może być rozmaite; może być brak w całéj części pochwowéj włókien Müllera a męcherz i odbytnica przedzielone są tylko cienką warstwą tkanki łącznéj, albo też brak części pochwy mniejszéj lub większéj lub wreszcie pochwa wykształcona zamknięta jest grubszą lub cieńszą błoną wrzekomą, a to w jedném lub kilku miejscach.

Jak zwężenia pochwy bliznowate nabyte dość często się wydarzają, tak znów zarośnięcie pochwy zupełne nabyte należy do bardzo wielkich rzadkości i jest następstwem zgorzeli powstałéj z ugniecenia, skaleczeń (zgwałcenia), wstrzykiwań żrących lub owrzodzeń rozmaitych powstałych w połogach, w skutek kiły, w przebiegu chorób ostrych, jak cholera, ospa, dur, płonica itd.

Jasną jest rzeczą, że następstwa téj zmiany chorobowéj z biegiem czasu stają się groźnemi i to tém cięższemi, im dłuższém jest trwanie choroby. Zarośnięcie bowiem pochwy, jeżeli jest wrodzone, wywołuje w czasie pokwitania, jeżeli zaś nabyte, w czasie następnych okresów miesiączkowania, zatrzymanie się krwi miesięcznéj w położonéj po nad zrośnięciem części przewodu płciowego, tj. w reszcie pochwy, daléj w macicy i trąbkach. Przez krew nagromadzoną, która do ilości kilku funtów dojść może, przewód ten coraz bardziéj się rozszerza i jeżeli tylko górna część pochwy starczy na jéj przechowanie, powstaje krwistek pochwowy *(Hematokolpos)*; jeżeli i macica jest wypełnioną i rozdętą także, i krwistek śródmaciczny *(Haematometra)*; a jeżeli i trąbki są zajęte: *Haematosalpinx.* Trąbki w tych razach prawie nigdy nie są jednostajnie rozdętemi, ale przedstawiają się jak różaniec z kilku woreczkow krwią napełnionych obok siebie ułożonych, przyczém ujście maciczne i brzuszne trąbki prawie zawsze znajdujemy zamknięte. Jeżeli ujście trąbki brzuszne jest otwarte lub przez parcie nagromadzonéj krwi zostanie otworzone, wylewa się krew w jamę otrzewny i

w najlepszym razie powstaje w jamie Douglasa krwistek pozamaciczny (*Haematocele retrouterina*). Otorbienie wylanéj w jamę otrzewny krwi, jak wiadomo, połączone jest z pewną sprawą zapalną otrzewny; niemniéj nagromadzeniu krwi w trąbkach towarzyszy rozmaitego stopnia *Pelviperitonitis*, wywołująca zlepienia i zrosty późniéj przy operacyi wielki wpływ mieć mogące.

U dziewcząt jeszcze niemiesiączkujących, lub u kobiet już niemiewających czyszczeń miesięcznych miasto krwi może się nagromadzić znaczna ilość śluzu, ropy (Eppinger: *Prager Vierteljschr.* 1873, 4, s. 30) lub surowicy, wywołując rozdęcie przewodu rodnego temi cieczami (*Hydrometra*). Godefroy u dziecka dwumiesięcznego a Hirschsprung u dziecka 5 i 16 miesięcznego obserwowali trudności w oddawaniu moczu i kału w skutek nagromadzonéj w pochwie po za błoną dziewiczą bez otworu (*Atresia hymenalis*) dość znacznéj ilości śluzu; a prof. Bryk w Krakowie u 18-letniéj dziewczyny, która nigdy nie miesiączkowała, a u któréj podczas przyjęcia do zakładu dno macicy charakterystyczny kształt klepsydry przedstawiającéj sięgało na dwa palce po nad pępek, wypuścił po przecięciu zrośnięcia z pochwy i macicy $1\frac{1}{2}$ litra gęstego śluzu.

Wiadomą jest rzeczą, że czasem ciężarne, w celu zbrodniczym spędzenia płodu, robią sobie wstrzykiwania do pochwy płynami żrącemi, np. kwasem siarkowym, a w skutek tego powstałe szerokie zrośnięcia mogą stać się wskazaniem do wykonania cięcia cesarskiego, jak to podał Lévy (*Bibl. for. Laeger.* 1860. Okt. p. 39).

Ponieważ zwykle dopiero skutki atrezyi i dolegliwości wywołane krwią nagromadzoną zniewalają chore do szukania rady lekarskiéj, więc względnie rzadko bardzo natrafić można na te zmiany u osób jeszcze niemiesiączkujących. Mimo to zadaje sobie Hegar (*Gynaekol.* 1881 p. 560) pytanie, czy należy operować te osoby i odpowiada na nie twierdząco, wychodząc z założenia, że operacyja, jakkolwiek trudniejsza, mniéj jednak przedstawia niebezpieczeństwa, dopóki po za zrośnięciem krwi nie ma nagromadzonéj w większéj ilości.

Wskazania leczenia nie ograniczają się tylko do usunięcia skutków choroby, tj. do wypuszczenia płynu nagromadzonego, lecz leczenie musi mieć na celu przedewszystkiém utworzenie stałéj wolnéj drogi dla odpływu wydzieliny macicznéj a w dalszym ciągu umożliwienie prawidłowego spółkowania i zapłodnienia, jeżeli stosunki anatomiczne ze względu na bezpieczeństwo życia nie przemawiają za utrzymaniem niepłodności. W przypadkach braku części rodnych wewnętrznych umożliwienie samego tylko spółkowania niektórzy, jak Rokitansky sen. i Madurowicz, uważają za rękoczyn moralnie nieuprawniony, jak to przy omówieniu takiego przypadku z ust ich sam słyszałem.

Co do sposobu operowania to tenże zależnym będzie zawsze od stosunków istniejących w każdym przypadku, niemniéj jednak zachodzą w zapatrywaniach różnych autorów znaczne różnice.

Atresia hymenalis nie przedstawia wielkich trudności: przebicie trójgrańcem lub szpiczastym bisturem błony zaporę stanowiącéj i następowe rozszerzenie otworu utoruje drogę odpływowi krwi nagromadzonéj. Jedni (Emmet) zaraz krew wybierają i wystrzykują płynami dezinfekcyjnemi, inni, a tych jest dziś większość (Madurowicz, Breisky i inni), pozostawiają w utworzonym otworze rurkę trójgrańca, aby krew powoli tylko własną siłą wychodziła, słusznie twierdząc, że nagle wywołana próżnia może dać powód do następstw bardzo niebezpiecznych. Sądzę, że nim przejdziemy do omówienia różnych sposobów operacyi zarośnięcia pochwy głębszego i rozleglejszego, nie od rzeczy będzie pomówić także o niebezpieczeństwach operacyi, o których co dopiero wyżéj wspomnieć musiałem.

Że operacyja jest rzeczywiście trudną bardzo i niebezpieczną, najlepiéj wykazuje statystyka zebrana przez Puecha. Na 139 operacyj z powodu *atresia hymenalis* przypadło 6 zejść śmiertelnych, na 28 przypadków zarośnięcia pochwy wrodzonego 6 zejść śmiertelnych i 2 operacyje niedokończone; na 33 przypadki zarośnięcia pochwy nabytego wreszcie było 8 operacyj niedokończonych i 6 zejść śmiertelnych.

O trudności operacyi wyraża się Hegar w ten sposób: „*Je breiter die Atresie ist, je weniger die benachbarten Organe* „*durch die Blutsackbildung auseinandergedrängt sind, um so* „*leichter ereignen sich beim Präpariren bis zum Blutsack* „*unbeabsichtigte Nebenverletzungen von Blase, Rectum, Peri-* „*toneum oder Ureteren. Auch haben zuweilen selbst die geübtesten Chirurgen die begonnene Operation als unausführbar* „*oder zu gefährlich aufgeben müssen.*“

Niebezpieczeństwa operacyjne są następujące: 1) Niezamierzone skaleczenia narządów sąsiednich podczas rękoczynu. 2) *Sepsis.* 3) Pęknięcie trąbek rozszerzonych przez krew nagromadzoną. 4) Tężec.

Co do pierwszego, to z przytoczonych wyżéj słów Hegara jasno wypływa, że trudno uniknąć skaleczeń niezamierzonych i to tak dalece, że Boyer i Dupuytren przypadki powikłane a zastarzałe uważali za bezwzględnie śmiertelne i operować ich nie chcieli. Niemniéj jednak skaleczenia te w zestawionéj przez Puecha statystyce prawie nigdy nie były powodem zejść śmiertelnych, więc niebezpieczeństwo przez nie wywołane nie jest groźném bezpośrednio, lecz tylko przez utworzenie przetok męcherzo-pochwowych lub odbytnico-pochwowych.

Co do spraw zakaźnych, wyjaśnić należy, że zakażenie po operacyi tylko bardzo rzadko i wyjątkowo jest bezpośrednim skutkiem infekcyi rany przez rękoczyn utworzonéj, lecz powstaje częściéj w skutek rozkładu krwi nagromadzonéj po za zrośnięciem, która po operacyi nie została jeszcze wydaloną, i weszła w styczność z powietrzem atmosferyczném. Zakażenie takie anatomicznie i klinicznie odpowiada obrazowi zwykłemu gnilnego zapalenia otrzewny.

Najgroźniejszemi, bo życiu bezpośrednio grożącemi, są pęknięcia trąbek po operacyi się wydarzające. Występują one albo tuż po operacyi w kilka godzin lub kilka dni albo dopiero podczas najbliższego miesiączkowania za nowym przypływem krwi i to zazwyczaj po szybszém wykonaniu jakiegoś ruchu, odwróceniu się na łóżku itp. Zejście śmiertelne bywa tu następstwem albo krwotoku wewnętrznego albo *peritonitis perforativa* (*traumatica*) *peracuta.* Pęknięcia te autorowie tłumaczą rozmaicie. Jedni przypisują je skurczowi macicy po jéj wypróżnieniu; trafnie jednak zapytuje Hegar, dla czego przed operacyją, kiedy jeszcze macica mocno jest rozdętą, skurcz śród kolek macicznych chore często nagabujących nie staje się przyczyną częstszego pęknięcia trąbek? Otóż przypuścić tu należy, że właśnie zmiany przez rękoczyn wywołane są czynnikiem usposabiającym do powstania tych pęknięć. Czynnika tego dopatrują się jedni w wypróżnieniu jamy macicznéj przez nagromadzoną krew rozdętéj, przez co ucisk śródmaciczny zostaje zniesiony, podczas gdy tenże wśród trąbek z obu stron zamkniętych utrzymuje się,

przez co ginie istniejąca dotąd równowaga i następuje wylew w stronę mniejszego ucisku, przyczém po zmniejszeniu macicy wypełnione trąbki więcéj są narażone na wpływy i urazy zewnętrzne.

Najważniejszym jednak i najlepiéj tłumaczącym całą sprawę czynnikiem jest ta wspomniana wyżéj okoliczność, że całéj sprawie chorobowéj towarzyszy prawie zawsze *pelviperitonitis adhaesiva*, któréj skutkiem są liczne zrosty trąbek z otrzewną ścienną. Po wypływie cieczy wypełniającéj macicę ostatnia obniża się naturalnie w miednicy kurcząc się i całym swym ciężarem z dodatkiem siły skurczu ciągnie za sobą trąbki niemogące w skutek zrostów z otrzewną posuwać się wolno z macicą, skutkiem czego trąbki pękają, a do tego przyczynia się jeszcze zazwyczaj albo nagły ruch albo silniejsze działanie tłoczni brzusznéj, jak np. śród oddawania stolca.

Co do czwartego punktu wspomniałem tu o nim tylko dla dokładności, gdyż tylko jeden Beutenmüller spostrzegał tężec po operacyi, o któréj mowa, a ostatecznie tężec niejednokrotnie wydarza się w obec wielu zmian chorobowych i po wielu rękoczynach, gdzie trudno go odnieść wprost do obecnéj choroby lub przedsięwziętéj czynności, a w naszéj sprawie tém trudniéj, ile że unerwienie macicy nie jest tak bogatém, aby na każde wrażenie zewnętrzne tak oddziaływało i na téj drodze tężec w przypadku Beutenmüllera wytłumaczyć było można.

Z przytoczonych tu niebezpieczeństw, towarzyszących operacyi zarośnięcia zupełnego pochwy, wynikają zarazem ostrożności, których w takiéj operacyi przestrzegać należy.

I tak pod względem większego przypływu krwi do części rodnych podczas miesiączkowania, a tém samém większego napięcia w odnośnych narządach, ważnym będzie wybór czasu do uskutecznienia rękoczynu i najchętniéj operować będziemy w krótkim czasie po czyszczeniu miesięczném. Prawda, że miesiączka nie objawia się u takiéj choréj odpływem krwi na zewnątrz, ale zazwyczaj chora potrafi oznaczyć czas przypadającéj miesiączki podług znacznie zwiększonych wówczas dolegliwości i nagłego podwyższenia objętości i stopnia zmian chorobowych.

Pod względem czynników wywołujących pęknięcia trąbek nie będziemy przyspieszać odpływu krwi poza przeciętém zrośnięciem pochwy nagromadzonéj, aby nie wywołać nagłych skurczów macicy i pociągań trąbek, ale starać się, aby narządy zwolna do zmieniających się stosunków przyzwyczajać. Opaską z podkładem waty lekko uciskającą wyrównamy choć w części ucisk zmniejszony i zabezpieczymy brzuch od wrażeń zewnętrznych. Starając się o ciągły, choć powolny, odpływ nagromadzonego płynu musimy chronić resztę tegoż przed zetknięciem się z powietrzem atmosferycznêm i zawartemi w témże istotami zakaźnemi. Ku temu celowi zakłada się kaniulę lub rurę szklaną w nowo utworzony kanał pochwowy, zamykając jéj ujście zewnętrzne jak najbardziéj antyseptycznie. Zalecony choréj spokój i wydatne dawki makowca chronić mają chorą od natężeń tłoczni brzusznéj i zbyt żywego ruchu robaczkowego jelit.

Kaltenbach proponował w r. 1874 punkcyję trąbek rozszerzonych przez krew nagromadzoną przez pochwę lub prostnicę, oceniając słusznie grożące z téj strony niebezpieczeństwo a Hegar podaje, że przy dzisiejszym stanie chirurgii antyseptycznéj nawet wycięcie takich trąbek w drodze laparotomii uważa za uprawnione, tylko ten jeden sposób chroniący od pęknięcia trąbek za pewny uważając. Że nie jest to znów środek tak nader nieproporcyjonalny lub ryzykowny, świadczy o tém nowa całkiem bo już tegoroczna publikacyja z kliniki berlińskiéj A. Martina. (Bertram: *Laparotomie bei Tumoren der Tuba Fallopiae. Berl. Klin. Woch.* 1883 Nr. 4): Opisano tam ośm laparotomij uskutecznionych w celu wycięcia trąbek rozdętych z różnych powodów, a z tych tylko w jednéj zejście śmiertelne, gdzie znaleziono *Pyosalpinx*, a część ropy wylała się. Obustronny *Haematosalpinx* operowano z dobrym skutkiem.

Leczenie następowe zasadzać się będzie naturalnie na rozszerzaniu stopniowém nowo utworzonego kanału, które jednak nie zaraz po operacyi, lecz późniéj nieco rozpocząć należy, zakładając coraz to grubsze dylatatoryja.

Skutki operacyi wypływają z poprzednich uwag: czynność płciowa po operacyi szczęśliwéj wraca w zupełności i staje się zupełnie prawidłową i według dotychczasowych opisów chore takie nawet już w kilka tygodni po operacyi zachodziły w ciążę i szczęśliwie rodziły (Cowper, Mauriceau). (Dok. nast.)

III. O Keratoskopii.

Przez Dra Bolesława Wicherkiewicza.

(Rzecz miana na Walnym zjeździe członków Towarzystwa Przyjaciół Nauk Poznańskiego dnia 21 grudnia 1882).

Szan. Koledzy! Nazwa keratoskopii powstała dopiero w nowszym czasie i to jeżeli się nie mylę, najprzód w roku 1874, gdy ją prof. Cuignet w Lille do naszéj nauki wprowadził. Rzecz, którą keratoskopija czyli badanie rogówki się zajmuje, w części już dawno, jak to późniéj wykażemy, była znaną, lecz sposobów badania rogówki przybyło z biegiem czasu więcéj, potrzeba więc było dla nich nazwy wspólnéj, a jeśli utworzenie jéj istotnie Cuignetowi zawdzięczamy, to równocześnie dodać musimy, że on znaczenie jéj zbyt rozszerzył, co się stało przedmiotem dość ożywionych rozpraw pomiędzy nim a Dr. Parent (w *Recueil d'ophth.*) [1]).

Mojém zdaniem przez keratoskopiję, o ile to badanie naturalnie dotyczy lekarzy a nie fizyków lub chemików, ro-

[1]) Dr. Cuignet ogłosił w roku 1874 pracę pod tytułem „Keratoskopija.“ Przez keratoskopiję rozumie on głównie sposób oznaczania refrakcyi oka przez badanie kierunku, w jakim światło i cień ograniczający światło rzucone źwierciadłem wklęsłém, na siatkówkę posuwają się w stosunku do zwrotów zwierciadła. Pominąwszy, że objawy te, których odkrycie Cuignet sobie przypisuje, były już, jak to Donders w swojém dziele o wadach refrakcyi z roku 1864 stwierdza, znane Bowmanowi, to forma rogówki nadto nie wywiera na nie żadnego wpływu. Nie wywiera też jéj budowa żadnego wpływu na rodzaj refrakcyi a jedynie tylko niezborności stać się może przyczyną. Co więcéj, Donders pierwszy zwrócił na to uwagę, że we wysokich nawet stopniach krótkiego wzroku rogówka nie musi być bynajmniéj wypuklejszą, jak to się Cuignetowi zdawało, lecz zazwyczaj płaściejszą bywa. To też zastósowywanie objawu, do którego wywołania rogówka niczém się nie przyczynia, a będącego doskonałym środkiem do szybkiego rozpoznania trzech głównych stanów refrakcyi oka *(emmetropii, hypermetropii, myopii)* Parent raczéj retinoskopiją, a Dr Chibret (*Annal. d'Oculist.* 1883 pag. 239), „*Phantaskopie*“ nazywa. Ostatni tak się przytém wyraża: „*Il est vrai aussi, que la kératoskopie mériterait d'être débaptisée, pour recevoir le nom de fantoscopie rétinienne Cette appelation, en supprimant un malentendu, la ferait entrer dans la liste des moyens d'examiner objectivement la réfraction de l'oeil.*“ Przedmiot więc ten lubo wielce zajmujący, lecz nie mający z keratoskopiją właściwą nic do czynienia, pominiemy w dalszém rozwinięciu tematu poprzestając na zwróceniu uwagi ciekawych na powyżéj przytoczone źródła.

zumieć wypada badanie z jednéj strony zboczeń fizyjologicznych rogówki, jakotéż chorobowych zmian na niéj lub w niéj zachodzących, jéj zranień itd., a z drugiéj strony badanie pod względem rozmiarów, formy, zakrzywienia w prawidłowych i nieprawidłowych stosunkach. Celem spełnienia pierwszego zadania śledzimy rogówkę albo przy prostém oświetleniu dziennem, albo przy ukośnem, a nadto za pomocą powiększających szkieł lub systemów tychże, czyli mikroskopów zwanych keratomikroskopami. O sposobach tych, jako Panom znanych, nie będę się zresztą obszerniéj rozwodził. Trudniejszém atoli do spełnienia jest drugie zadanie.

Lubo rogówka stanowiąc przednią część gałki łatwo przystępną jest oku badacza, to jednakże nie łatwém właśnie jest oznaczenie jéj wypukłości, od któréj w znacznéj części zależy siła załamywania światła w przyrządzie optycznym oka. Wiadomo zaś, że rogówka najsilniéj w tym przyrządzie działa. To też nic dziwnego, że nietylko fizyjolodzy lecz także okuliści oglądali się za sposobem oznaczenia rozmiarów i stopnia wypukłości rogówki.

Do ścisłego spełnienia tego zadania służą przyrządy Helmholtza i Cocciusa, przyrządy oftalmometrami zwane; dozwalają one ze ścisłą dokładnością rogówkę wymierzyć, są jednakże bardzo skomplikowane, wymagają dużo biegłości i raczéj do naukowych aniżeli do czysto praktycznych przydatne są celów. To też nic dziwnego, że spotykamy się z niemi wyłącznie prawie w pracowniach fizyjologicznych lub u takich tylko lekarzy, którzy przeważnie ściśle matematyczną zajmują się częścią okulistyki.

W praktyce jednak nie zawsze o tak ściśle chodzi nam badanie. Zadowalamy się zazwyczaj oznaczeniem w przybliżeniu rodzaju formy rogówki i zboczeń jéj powierzchni.

Najprostszym, a dawno znanym środkiem służącym do tego, jest, jak to Panom wiadomo, odźwierciadlanie krzyża u okna lub też płomienia lampy, których obrazy na rogówce, o ile zbaczają od prawidłowych form, dają pojęcie słabe wprawdzie, jednakże pewną mające wartość, o nieprawidłowościach rogówki. Donders używał w tymże celu do odzwierciadlania kwadratowéj czarnéj deszczułki, któréj przekątnia 35cm. wynosiła.

Również prostym i nader łatwym w zastosowaniu lecz dającym korzyści nierównie większe od poprzednich sposobów jest przyrząd, który Panom niebawem przedłożę. Ojcem jego jest Dr. Placido z Porto.

Przyrząd swój nazywa Placido keratoskopem; nazwa ta nie zupełnie może jest stosowną, boć nie śledzimy nim rogówki w jéj chorobowych zboczeniach, ale tylko w pewnym kierunku o jéj własnościach i budowie przekonać się możemy.

Nie zastępuje on też oftalmometru Helmholtza, dając tylko ogólny obraz postaci rogówki, nie zaś jéj rozmiarów dokładnych, ale za to dla praktycznego okulisty cennym jest środkiem prędkiego poznania nieprawidłowości rogówki, a co go nadto bardzo poleca i wyróżnia od powyżéj wymienionych podobnych przyrządów, to jego nizka cena.

Keratoskopu używał Dr. Placido po raz pierwszy w klinice prof. Van der Laan w Lizbonie. Niezależnie od niego zbudowali podobny przyrząd Dr. Javal i prof. Schjötz w roku 1880 i przedłożyli go kongresowi w Londynie w roku następnym.

Zanim daléj o keratoskopowaniu i keratoskopach pomówimy, wypada nam przedewszystkiém zastanowić się, na czém właściwie polega ten sposób badania rogówki. Celem zrozumienia tego przypomnijmy sobie, że rogówka odzwierciedla przedmioty położone w nieskończonéj i skończonéj czyli ograniczonéj odległości jako małe proste obrazy, a obrazy te tém są mniejsze, im znaczniejszą jest wypukłość odzwierciedlającéj powierzchni. Z obrazów więc odzwierciedlonych, t. j. ich postaci i wielkości, wnioskować możemy o pewnych własnościach rogówki. — A teraz pozwólcie Panowie, że Wam opiszę keratoskop Dra Placidy, który w znakomity sposób zadaniu swemu sprostać może.

Instrument ten składa się z tarczy cienkiéj i lekkiéj z kartonu o średnicy 23cm. Na jednéj powierzchni (przedniéj) znajduje się narysowanych kilka kół spółśrodkowych na przemian białych i czarnych, których punktem środkowym wspólnym jest środek przedziurawiony tarczy. Na odwrotnéj zaś czarnéj stronie tarczy przymocowany jest do tego środka cylinder metalowy wysokości 3cm. (o znaczeniu jego późniéj pomówię), do spodu zaś tarczy przytwierdzić można rękojeść, za pomocą któréj da się także keratoskop do stołu przymocować.

Celem badania chory siada tyłem do okna, badający trzyma tarczę zwróconą powierzchnią biało-czarną do twarzy chorego prostopadle i w takiéj wysokości, ażeby środek znajdował się w wysokości rogówki badanéj i to na linii wspólnéj widzenia (*Blicklinie*). Trzymając tarczę w oddaleniu 25cm. łatwo spostrzeżemy obraz zmniejszony kół. Aby koła w całości odźwierciedlać się mogły, nie źle kazać komu unieść górną powiekę badanego. (Dok. nast.).

IV. Z Zakładu sądowolekarskiego prof. Blumenstoka w Krakowie.

Uwagi nad sądowolekarskiém badaniem plam nasiennych.

Podał Dr. Ignacy Schaitter,
demonstrator przy tymże Zakładzie.

LITERATURA: 1) Orfila: *Journal de chimie médicale* 1827 t. III, p. 469.—2) Bayard: *Annales d'hygiene publ. et de med. leg. Juillet.* 1839, p. 134.— 3) Orfila *Journal de chim. méd.* 1839. 2 ser. p. 545.—4) C. Schmidt *Die Diagnostik verdächtiger Flecke in Criminalfällen.* Mitau und Leipzig 1848, p. 46.—5) B. Ritter: *Ueber Ermittelung von Blut-etc. Flecken in Criminalfaellen.* Würzburg 1854, p. 222.—6) J. L. Lassaigne: *Observations sur quelques réactions de taches spermatiques. Annales d'hyg.* t. X. Juin 1858, p. 405.—7) Pincus: *Zur mikroskop. Diagn. der Samenflecke, Horns Vierteljahresschrift für ger. Med.* 1866, p. 347. 8) Roussin: *Annales d'hyg. publ.* t. XXVII Janvier 1867, p. 142. — 9) F. Nawrocki: Sądowo-lekarskie poszukiwanie plam nasiennych „Gazeta Lek." Warszawa 1868. Nr. 47. — 10) Pfaff: *Das menschliche Haar.* Leipzig 1869 II Aufl. p. 88.— 11) .... (Pelikan): *Anleitung zur Untersuchung verdächtiger Flecke.* St. Petersburg 1871, p. 49. — 12) Casper-Liman: *Handb. d. ger. Med.* V. Aufl. Berlin 1871, B. II, s. 228.—13) Tardieu: *Attentats aus moeurs.* Paris 1873, p. 121.— 14) Longuet: *Ann. d'hyg. publ.* 1876, 2te Serie t. XLVI, p. 154. — 15) Lutaud: *Manuel de med. leg.* Paris 1977, p. 558. — 16) Lacassagne: *Précis de med. judic.* Paris 1878, p. 209. — 17) Boutmy et Brouardel: *Raport sur le procédé Petel et Labiche etc. Ann. d'hyg.* 3te Serie t. IV, Juillet 1880, p. 224. — 18) Briand et Chaudé *Manuel de med. leg.* Paris 1880, t. II, p. 402.—19) Hofmann: *Lehrbuch der ger. Med.* Wien 1881, p. 131.—20) Tenże: *Eulenburg's Real-Encyclopaedie* B. XI, p 636.—21) Maschka: *Lehrbuch der ger. Med.* B. III, p. 124. — 22) Schauenstein: *Lehrbuch der ger. Med.* Wien 1862, p. 99.— 23) Böttcher: *Virchov's Archiv* II, 1865.—24) Vogel: *Repert. der. Analyt. Chemie.* 2 Jahrg. Or. 21, s. 327. *Vierteljahrschrift f. ger. Med.* N. F. B. 36, s. 159. — 25) Hager: *Untersuchungen* 1871, s. 461.—27 Fürbringer: *Zeitschr. f. klin. Med. von Frerichs und Leyden* III, 287—316. — 27) Sonnenschein: *Ger. Chemie* 2 Aufl s. 349.

Zbyteczna obecnie dowodzić, że badanie plam nasiennych ma wielkie znaczenie w praktyce sądowolekarskiéj. Ile wnosić mogę z dostępnéj mi literatury, pierwszym był Maciéj Orfila (1), który zwrócił uwagę na dochodzenia w tym kierunku. Orfila, chemik z zawodu, starał się wyłącznie na drodze chemicznéj sprawę rozstrzygnąć: uwzględniał téż przedewszystkiém własności fizyczne wyciągu wodnego plam nasiennych, baczył pilnie na woń owego wyciągu, woń właściwą nasieniu świeżemu, daléj na zachowanie się tegoż wyciągu po dodaniu odczynników. Owa rzekomo charakterystyczna woń plam nasiennych odwilżonych jest ulubionym tematem autorów dawniejszych a sam Orfila przyznał w swojéj rozprawie, że podobną woń wydają odwilżone plamy pochodzące ze śliny, że więc na własności téj nie można wcale polegać w sprawach sądowych. Trudno przypuścić, aby się znalazł lekarz sądowy, któryby plamy nasienne chciał rozpoznawać z pewnością z własności tak nieokreślonéj, według jednych podobnéj do woni spalonego rogu, według innych do woni kwiatu kasztanowego, wspólnéj zresztą innym cieczom zwierzęcym, a co ważniejsza zależnéj od podmiotowego wrażenia lekarza. Czytającego rozprawę Orfili musi uderzyć, że badacz ten opisując najdokładniéj własności fizyczne i chemiczne plam nasiennych, zaledwie wzmiankę czyni o istnieniu w cieczy nasiennéj tworów charakterystycznych, tj. plemników. Zdaniem jego świadomość istnienia ich w nasieniu świeżém jest obojętną w badaniu plam nasiennych. („*On concevra facilement qu'on ne peut tirer aucun parti des observations microscopiques pour reconnaître les taches dont nous parlons; les animalcules découverts dans le sperme par Leuwenhoeck, ne sont plus appréciables lorsque, après avoir desséché le sperme sur un linge, on le delaie dans l'eau pour l'examiner au microscope*"). Nie miał on zaufania do badań mikroskopowych nawet 10 lat późniéj, gdy już Bayard pierwszy podał sposób poszukiwania, który utrzymywał się z małemi odmianami do niedawna, o czém już ztąd wnosić można, że w dziele swojém o medycynie sądowéj, które się ukazało w roku 1843, wspomina tylko mimochodem o sposobie Bayarda nie rozwodząc się wcale nad nim; *odeur spermatique* plam odwilżonych jest jeszcze i wtedy jedną z cech najważniejszych.

W roku 1839 ogłosił Bayard (2) swój sposób badania a chociaż już parę lat pierwéj znajdują się wzmianki w literaturze o podobnych poszukiwaniach za pomocą mikroskopu, nie zmniejsza to bynajmniéj zasługi Bayarda, który opracował przedmiot wszechstronnie, badając tkaniny rozmaite i rozmaicie zabarwione i plamy nasienne powstałe przed rokiem, dwu i trzema latami. Wychodząc z zapatrywania, że plemniki nie ulegają zmianie w nasieniu zasuszoném pomiędzy dwiema tafelkami szkła, domyślał się Bayard, że znajdzie ciecz, która polana na plamę nasienną zdoła odwilżyć plemniki nie niszcząc ich i tym sposobem uczyni je przystępnemi badaniu drobnowidowemu. W pierwszym rzędzie zajmuje go zachowanie się plemników z nasienia wysuszonego na szkle po zwilżeniu wodą, śliną, moczem, krwią i mlekiem; przechodząc do środków chemicznych odwilża plamy ługiem lub węglanem potasowym i amonijakiem a poddając je następnie badaniu mikroskopowemu przekonał się pierwszy, że tą jedynie drogą można dojść do rezultatów pewnych. To też słusznie utrzymał się sposób jego jakkolwiek skomplikowany w praktyce i nauce przez czas jakiś. Dopiero w roku 1848 podał Schmidt, docent w Dorpacie (4), sposób postępowania znacznie uproszczony. Nie chcąc niszczyć bielizny badanéj nie wycina Schmidt miejsc splamionych, tylko je wyciąga w fałd stożkowaty, którego wierzchołek moczy przez kilka godzin na szkiełku zegarkowém w wodzie przekroplonéj z dodatkiem amonijaku, następnie wyciska palcami i bada osad na tém samém szkiełku; w końcu wspomina, że można otrzymane z plamy plemniki przechowywać pomiędzy szkłami i dołączać do aktów sądowych.

Po Schmidzie mamy jeszcze kilka prac a mianowicie Rittera (5), Lassaigne'a (6) i Pincusa (7). Z tych pierwsza zasługuje na wzmiankę, gdyż mimo że nie zawiera pomysłów oryginalnych, zwraca uwagę przez wszechstronne i gruntowne opracowanie przedmiotu, odpowiadające stanowisku nauki w swoim czasie. Prawie każdy autor dodaje swoją cząstkę i zmienia sposób badania według swojéj myśli: Liman (12) zwilża plamy i wyciska je po kilku dniach, badając ciecz drobnowidowo lub maceruje kawałki płótna poplamionego w stożkowatym kieliszku, po kilku dniach wyciąga płótno, zlewa po odstaniu ciecz przeźroczystą a osad bada po kropli. Schauenstein (22) obawia się nadmiaru wody, dla tego kładzie płatek tkaniny na ściance naczynia i zamoczywszy tylko jeden koniec, stara się, aby ciecz odwilżyła plamę dostając się do góry za pomocą włosowatości; po kilkunastu minutach skrobie tkaninę ostrym skalpelem i bada pod mikroskopem zeskrobane cząstki. Od czasu do czasu pojawia się nowo odkryte oddziaływanie chemiczne plam nasiennych (jak np. sposób Lassaigne'a (6)), aby ustąpić niebawem, mnożąc zastęp sposobów Orfili. Ani kryształki spermatynowe opisane przez Böttchera (23) nie pozyskują zaufania, raz że podobne kryształki znajdują się w innych cieczach zwierzęcych, powtóre że zdaniem Fürbringera (26) pochodzą z gruczołu krokowego nie są przeto istotnemi składnikami cieczy nasiennéj, potrzecie że trudno je odróżnić od kryształków fosforanu amono-magnowego, który można wykazać w zasuszoném nasieniu, jak twierdzi Sonnenschein (27). Najwięcéj zaufania wzbudza jeszcze sposób postępowania podany przez Pincusa (7), który radzi badać ciecz wyciśniętą po odwilżeniu plamy dopiero w kilka dni, gdy już wyschła zupełnie pod szkiełkiem nakrywkowém: w skutek zmienionych stosunków łamania światła, uwydatniają się wtedy plemniki, jak się o tém łatwo przekonać. Zbyteczną zdaje się być wzmianka, że cieczą użytą do odwilżenia może być w tym razie tylko woda. Dokładnie i wyczerpująco zestawił Pelikan sposoby dotąd wymienione (11); autor ten nie znał jednak sposobu ogłoszonego już przed paru laty przez Roussina w Paryżu.

Jeżeli wolno się tak wyrazić, to powiedzielibyśmy, że praca Roussina stanowi epokę w historyi sposobów badania plam nasiennych. Nie chcemy wcale twierdzić, jakoby sposób przez niego podany o tyle przewyższał sposoby dawne; dziś jeszcze rozmaicie autorowie się wyrażają o sposobie Roussina, ma on jednak tę niezaprzeczoną zasługę, że w pracy swéj podał sposób barwienia rozczynem jodu i zwrócił równocześnie uwagę na wszystkie okoliczności utrudniające tego rodzaju badania. Roussina to zasługa, że we Francyi istnieje przepis, aby bieliznę mającą być badaną zachowywano pomiędzy dwiema tekturami, przepis bardzo racyjonalny, mający zapobiedz mięciu bielizny lub ubrania, niszczącemu plemniki prawie doszczętnie. Przechodząc do samego barwienia musimy przyznać, że sposób Roussina jest nie źle pomyślany: moczy on wyciętą plamę w rozczy-

nie jodu w jodku potasu, w stosunku 1:4 na 100 wody, następnie rozskubuje na szkiełku i bada drobnowidowo, chcąc tym sposobem uwydatnić blade plemniki; cel osiągnięty, plemniki barwią się doskonale ale z niemi barwi się mocno brunatno każde włókienko tkaniny i każde zanieczyszczenie przypadkowe tak, że pod drobnowidem mamy ciemną mieszaninę, jakby las gęsto zarosły, w którym trudno odnaleźć twory specyficzne. Tym właśnie niedogodnościom zapobiegł prof. Nawrocki w Warszawie (9), który zwrócił uwagę, że barwiąc rozczynem karminu rozpuszczonego w kwasie solnym, otrzymuje się obrazy wyraźniejsze: główki barwią się bardzo wyraźnie czerwono, podczas gdy otaczająca tkanina jest blado-różową. Z zastosowania tego sposobu osiągnięto rzeczywisty postęp w badaniu, po zabarwieniu spostrzegamy obraz mikroskopowy tego rodzaju, że pod szkiełkiem można rozeznać najdrobniejszy szczegół i mozolna część pracy, t. j. szukanie plemników jest znacznie ułatwione. Prof. Nawrocki ogłosił swój sposób badania w roku 1868, dziwnym jednak sposobem nigdzie nie udało nam się znaleźć wzmianki o sposobie podanym przez rodaka; szczęśliwszym od niego był Longuet (14), który nie wiedząc o tém zapewne, ogłosił ten sam prawie sposób w 8 lat później a mimo to wspominają o nim w podręcznikach jako o sposobie znacznie ułatwiającym zadanie, chociaż nie różni się prawie od sposobu prof. Nawrockiego. (Longuet używał karminu rozpuszczonego w amonijaku). (C. d. n.)

V. Oceny i sprawozdania.

Heron: O prątku gruźliczym.

Na posiedzeniu Tow. lekarzy urzędowych, które się odbyło w Londynie 15 grudnia 1882, miał Dr. Heron wykład o *Bacillus tuberculosis* téj treści:

W czerwcu zwrócił wykładający uwagę na kliniczne znaczenie odkrycia Kocha, znalazł odtąd 62 chorych, u których w plwocinach spostrzegł prątki gruźlicze. Chorzy byli obojéj płci w wieku od 10 do 65 lat, różnych zawodów a cierpieli niewątpliwie na suchoty. W 3 przypadkach szukał nadaremnie prątków, ale w dwóch znalazł je w 3cim tygodniu, a w trzecim w 7 tygodniu. Doświadczenie jego oparte na tych 62 przypadkach skłania go do mniemania, że obecność tych drobnych ustrojów ma znaczenie prognostyczne. Gdy przez kilka tygodni znajdujemy tylko skąpe ilości prątków w plwocinach, to można przypuścić, że przypadek taki będzie miał bardzo powolny przebieg; przeciwnie gdy znajdujemy mnóstwo prątków we wczesnym okresie choroby, to z tego wnosić można, że choroba szybko przebiegać będzie i skończy się śmiercią.

W przypadkach szybko przebiegających a źle się kończących znajdował H. prątki w wielkiéj ilości ugrupowane. Ugrupowanie prątków napotyka się i w razach, gdy prątków mało i wtedy gdy ich jest wiele, w tym ostatnim razie kształt ugrupowania w każdym prawie polu drobnowidowém jest cechujący. Trzy lub cztery prątki w polu widzenia pod drobnowidem świadczą, że prątków jest mało, trzydzieści lub więcéj, że prątków jest dużo. Odkrycie Kocha ma także znaczenie i pod względem zdrowia publicznego. Znalazł on, że gdy plwociny wyschną. jak np. ma to miejsce w sieniach szpitalnych, są również tak niebezpieczne, jak po zaszczepieniu prątków wyhodowanych z tkanek gruźliczych. Przypuściwszy, że mniemanie to jest prawdziwe, musimy także przypuścić, że plwociny osoby suchotniczéj prawie zawsze zawierają jad i to z rodzaju najzaraźliwszych. Co do osadu plwocin gruźliczych na ręcznikach i innych płóciennych przedmiotach sądzi autor, iż one stanowić mogą możliwe choć nieczęste źródło zarażenia. Koch atoli wskazał inne możliwe źródło zakażenia, bo wykazał obecność gruzełków w zwierzętach często stykających się z ludźmi. — Pytanie, w jaki sposób szerzą się suchoty wśród ludzkości? jest jedném z najtrudniejszych, lecz wyjaśnienia szukać wypada w świetle, jakie na tę sprawę rzuciły świetne odkrycia Kocha. (*Lancet* 1883, I. Nr. 2). *Dr. Grabowski.*

Rudolf Maier: Poszukiwania doświadczalne dotyczące otrucia ołowiem. (Żołądek i jelito).

Pomimo, że od czasów ukazania się pomnikowych studyjów o ołowicy przez Tanquerel des Planches minęło przeszło lat pięćdziesiąt, to do najnowszych czasów wiadomości nasze, szczególniéj anatomiczne, okazywały dużo braków. Literatura odnośnéj kwestyi jest nader obfitą a przecież wątpliwości miasto znikać mnożą się. Tém większą jest zasługa autora, z którego piękną pracą czytelnika zapoznać mamy, że praca jest doświadczalną i ściśle umiejętną. Autor czynił swe spostrzeżenia na świnkach morskich i na królikach, którym podawał przez pewien czas, (2 tygodnie), codziennie 0·2 g. obojętnego octanu ołowiowego [1]). Najwcześniéj zginęło zwierzę po 10 dniach, najpóźniéj po 58 dniach. W tych przypadkach zaś, gdzie autor z przerwami kilkunastodniowemi zwierzętom podawał ołów, wynosiło *maximum* trwania życia 167 dni.

U wszystkich zwierząt, czy one zginęły prędzéj czy późniéj (przebieg przewłoczny), występowały te same objawy różniące się tylko bądź to wcześniejszém ukazaniem się, bądź większém nasileniem przypadów chorobowych. Zwierzęta traciły łaknienie, stawały się posępniejsze. U niektórych na chwilę znikały te przypady, pomimo że nie przestawano podawać im ołowiu, lecz wkrótce znowu zapadały. Sierść traciła połysk i gładkość i wypadała. Zwierzęta kryły się zazwyczaj w kąt, gdzie obojętnie przesiadywały godzinami całemi. Zwolna występowało wielkie osłabienie mięśniowe, drżenie i niemożność utrzymywania się na nogach. Porażeń lub drgawek autor nie zauważył. Wypróżnienia bywały zatrzymane, tylko u niektórych zjawiało się na krótki czas rozwolnienie. Mocz skąpy zawierał zawsze białko. Objawy te w początkach po zaprzestaniu podawania ołowiu znikały a nastąpiła poprawa stanu ogólnego. W późniejszych okresach choroby jednakże, nawet gdy im ołowiu nie zadawano, objawy nie złagodniały. Brzuch bywał wzdęty, nieraz mały, twardy i napięty, czasem znów podatny. Okolica pęcherza zazwyczaj napięta. U wszystkich zwierząt można było stwierdzić znaczne wychudnienie a objawy schorzenia nerwów pacierzowych były bardzo wybitne. Niemniéj i sfera zmysłowa, szczególniéj wzrok był bardzo upośledzonym [2]).

[1]) Jestto ilość wcale niemała. U człowieka znane są przypadki, gdzie daleko mniejsze dawki ołowicę sprowadziły. Naunyn (*Die Vergiftungen durch schwere Metalle und ihre Salze. Ziemssen's Handb. 2 Aufl. H. 49—50)*, opowiada, że otoczenie Ludwika Filipa w Claremont uległo otruciu używając przez kilka miesięcy wody do picia 0·0015 a nawet 0·0002 procent ołowiu zawierającéj. *Przyp. Sprawozd.*

[2]) Jak widać istnieje znaczna różnica między temi objawami a obrazem, jaki przedstawia ołowica u człowieka, jakkolwiek i u człowieka nie wszystkie objawy są stałe. Porówn. opis Löbischa otrucie Sióstr zakonnych w pewnym klasztorze po użyciu kubków ołowiem lutowanych. (*Wiener med. Presse* z grudnia r. z. *Sprawozd.*)

Wynik oględzin pośmiertnych był w ogólności stałym a mianowicie: Zwierzęta znacznie wychudłe, skóra łuskami pokryta miejscami pozbawiona włosów, szczególnie na głowie. Mięśnie liche, blade, wiotkie i suche, zresztą makroskopowo niezmienione. Otrzewna ścienna niezmieniona, wyjątkowo miejscami pokryta drobnemi wynaczynionkami. Pęcherz zazwyczaj znacznie wydęty, ściany blade, ścieńczałe, mocz zazwyczaj białko zawierający. Żyły jamy brzusznéj wydęte, w krew obfitujące. Żołądek skurczony, czasem wydęty niestrawioną miazgą pokarmową, jelita cienkie zazwyczaj skurczone małe, jelita grube zbitym kałem wypełnione i gdzieniegdzie wydęte. Błona surowicza w całości blada, połyskująca, gładka lub czasem wraz z krezką okazująca silniejsze żylne przekrwienie czasem i wynaczynionki. Jamy opłucnowe próżne lub nieco jasnego płynu zawierające, płuca wolne, w jamie osierdziowéj częściéj nieco jasnego płynu. Płuca w niektórych przypadkach różowo zabarwione, wszędzie powietrze zawierające, innym razem znacznie w krew obfitujące, szczególniéj w częściach dolnych mniej powietrza zawierających. W oskrzelach, w tchawicy, w krtani mało śluzu, błona śluzowa zazwyczaj blada. Serce w niektórych przypadkach nieco powiększone w postaci przerostu odśrodkowego. Częstokroć stwierdzono końcowy rozkurcz serca obok znaczniejszego wypełnienia komórki prawéj. Zastawki niezmienione, rzadko tylko na ujściu żylném lewém drobne czerwonawe guzki tuż przy linii domykania zastawek. Tętnica główna i płucna makroskopowo niezmienione. Śledziona mała, mierną ilość krwi zawierająca, o spójności niezmniejszonéj. Wątroba zazwyczaj duża, obficie w krew zaopatrzona, stłuszczona choć zbita, okazująca drobne wynaczynionki. Pęcherzyk żółciowy niezmieniony, zawierający zawsze żółć ciemną. Nerki zazwyczaj co do wielkości niezmienione, czasem nieco mniejsze i spłaszczone a powierzchnia w takim razie nieco ziarnista, zresztą bywała gładką. Na przekroju kora blada, często zasiana jednak licznemi kropkami krwawemi, czasem lekko ziarnista, piramidy zazwyczaj silnie zaczerwienione. Narzędzia płciowe bez zmian. W pęcherzu zawsze obficie mocz jasny, czasem mętny żółtawy. Błona śluzowa pęcherza blada, tu i owdzie czasem wynaczynionka. Mózg i osłony rdzenia kręgowego niezmienione czasem tylko przekrwienie żylne opon miękkich i żylakowate rozdęcie żył. Na przekrojach makroskopowych mózgu i rdzenia kręgowego w niektórych razach stwierdzić można było obecność licznych czerwonych kropek. Pnie nerwowe i ich naczynia makroskopowo nie przedstawiają zmian.

Daleko większe znaczenie mają wyniki poszukiwań drobnowidowych. Nie wdajemy się tu w szczegółowy opis zmian przybłonków, gruczołów, naczyń i warstw mięsnych żołądka i jelit. Wszędzie można było stanowczo wykazać zmiany degeneracyjne przybłonka, a mianowicie zmętnienie [1]) i stłuszczenie komórek gruczołowych, rozszerzenie naczyń krwionośnych i wynaczynienia krwi. Przeważna część tychże pochodzi od zmian w samych ścianach naczyń, a mianowicie proliferacyi pierwocin komórkowych warstwy mięsnéj, nacieczenia komórkowego téjże, stłuszczenia komórek nacieku i komórek mięsnych, co znów pociąga za sobą pęknięcia ścian naczyń krwionośnych lub ich tętniakowe rozdęcie. Zmiany te najwybitniejsze są na drobniutkich tętniczkach tkanki podśluzowéj i międzygruczołowéj żołądka i jelit. Rzadsze zjawienie się wynaczynionek w jelitach tłumaczy się obfitością anastomoz w jelitach, podczas gdy w żołądku istnieją tętnice „końcowe. [1])“

Zmiany w ścianach jelit jeszcze inny wykazują szczegół, a mianowicie rozrost tkanki łącznéj, która, o czém pamiętać trzeba, i w stanie prawidłowym bardziéj jest rozwiniętą w jelicie niż w żołądku. Ołów, podobnie jak i fosfor, odznacza się tém, że w ogóle w ustroju a szczególniéj w jelicie sprowadza rozrost tkanki łącznéj; zmianę tę można było stwierdzić tak u zwierząt, którym czas dłuższy podawano z przerwami ołów jak niemniéj i u tych zwierząt, które bez przerwy dłużéj niż miesiąc ołów brały. Wątroba, nerki, rdzeń pacierzowy, mózg a przedewszystkiém jelita były tą zmianą dotknięte a wszędzie widoczną było rzeczą, że sprawy chorobowe naczyń wyprzedzały rozrost tkanki łącznéj, mianowicie tam, gdzie jéj więcéj już w stanie prawidłowym.

W jelicie cienkiém siedzibą rozrostu tkanki łącznéj jest tkanka podśluzowa. Ztąd rozchodzą się w postaci promienistych smug pasy tkanki łącznéj, wnikają w warstwę gruczołową obejmując większe ilości gruczołów na kształt kępy, co znów skutkiem ucisku sprowadza zanik lub stłuszczenie w niektórych gruczołach. Smugi tkanki łącznéj w końcu dochodzą i do powierzchni błony śluzowéj, sprowadzają zgrubienie kosmków, których naczynia wreszcie zanikają a powierzchnia błony śluzowéj jelita staje się gładką, mniéj podatną. Tu i owdzie stwierdzić można przestwory worczaste w utkaniu warstwy podśluzowéj, które, jak autor przypuszcza, pochodzą od zwężenia naczyń (dróg) chłonicznych. Gruczoły mieszkowe bywają zazwyczaj słabo rozwinięte, drobne, o niewydatnych konturach. Że zmiany wyżéj wzmiankowane wpływają w wysokim stopniu na zdolność chłonienia jelit, jest rzeczą nieuniknioną. W warstwie mięsnéj jelita można było we wszystkich przypadkach stwierdzić zblednienie mięśni i zwężenie tychże, jakkolwiek miernego stopnia.

Nierównie ciekawsze zmiany przedstawiały zwoje brzuszne, w szczególności zwoje saméj ściany jelitowéj, zmiany mogące w części wytłumaczyć znany objaw: *Colica saturnina* [2]).

Autor porównywając sploty spólczulne ściany jelita u świnek morskich i królików, w różnych stanach patologicznych sztucznie sprowadzonych, jak również i w stanie prawidłowym z obrazami, które mu dała ołowica przewłoczna u tych zwierząt, przychodzi w końcu do wniosku: że rozrost tkanki łącznéj i następowe stwardnienie splotu dotyczy tak zwojów podśluzowych jak i śródmięśniowych (*Plexus myoëntericus).* Stwardnienie wszelako zwojów nie jest w związku z rozrostem tkanki łącznéj w warstwie podśluzowéj; obok znacznie zmienionego zwoju można ujrzeć otoczenie bardzo mało zmienione, rzadko tylko rozrastająca tkanka łączna warstwy podśluzowéj przechodzi na zwoje i sprowadza w końcu zanik tychże.

Zmiany w zwojach odpowiadają w ogólnosci zmianom w całym układzie nerwowym i nie są następowe, lecz równorzędne ze zmianami innemi ściany jelita.

[1]) Sam autor używa wyrażenia „*Trübungen.*“ Daleko właściwszém byłoby ogólnie przyjęte wyrażenie: *Körnige Trübung*—co przez polskie zziarnienie czyli, co na jedno wychodzi, „zwyrodnienie białkowate“ oddajemy. *Sprawozd.*

[1]) Prócz tego jeszcze inna istnieje może przyczyna. Sądząc z analogii działania podobnych trucizn nie zajdziemy za daleko, jeżeli bezpośredniemu miejscowemu działaniu octanu ołowiowego także przypiszemy udział w tém, że w żołądku wynaczynionki częściéj były stwierdzone niż w jelicie cienkiém lub w okrężnicy. *Sprawozd.*

[2]) Tenże sam autor wykazał przed laty wspólnie z Kussmaulem zmiany w zwoju słonecznym w ołowicy przewłocznéj u człowieka. (*Deutsches Arch. f. kl. Med.* IX, 205).

Rozrost tkanki łącznéj pośród zwojów najczęściéj bywa nieregularny, w pasach, smugach przedzielających zwój na kilka drobniejszych odcinków; odpowiednio do czasu trwania choroby następstwa rozrostu tkanki łącznéj będą więcéj lub mniéj wybitne, w końcu może nawet i zupełny zanik zwoju nastąpić.

Streszczając wyniki, do jakich dochodzi, widać że:

1) Otrucie ołowiem królików lub świnek morskich przez codzienne podawanie tym zwierzętom 0·2 gramowéj dawki zabijało zwierzęta w przeciągu czasu od 10 dni (najwcześniéj) do 266 dni (najpóźniéj).

2) U wszystkich zwierząt można było stwierdzić wybitne zmiany w różnych narządach.

3) W jelicie i w żołądku zjawiają się zziarnienia i stłuszczenia komórek gruczołowych, rozszerzenia tętniczek, żylne zastoiny, krwotoki, nawet brunatne ograniczone rozmiękczenia bł. śluzowéj. W tkance podśluzowéj rozwija się rozrost tkanki łącznéj i zwyrodnienie ze stwardnieniem zwojów (współczulnych) podśluzowych i śródmięśniowych.

4) *Colica saturnina* pochodzi od zmian w tychże zwojach.

5) Zmiany jelit tłumaczą wychudnienie zwierząt.

6) Przewłoczne otrucie ołowiem polega na „miąższowém zwyrodnieniu z następową induracyją tkanki łącznéj (podobnie jak w przewloczném otruciu fosforem).“ Przewłoczne krwotokowe zapalenie i nerwica różnych części układu nerwowego cechują przebieg téj choroby. (*Virchowa Archiw* T. 90, Z. 3). *Dr. Pisek.*

R. Jaksch: **Acetonuryja patologiczna.**

Jaksch jest zdania, że aceton jest prawidłowym produktem przemiany pierwiastków ustroju zdrowego. W moczu z 24 godzin znajduje go się do 1 cgr. Również w małych ilościach można go wykryć we krwi. Fizyjologiczna ta jednak acetonuryja ulega w stanie chorobowym zmianom. Mianowicie w chorobach połączonych ze znacznym rozpadem tkanin zwierzęcych, jak to ma miejsce w znaczniejszém, ciągłém nasileniu gorączki, ilość acetonu w moczu z 24 godzin może dojść do pół grama. Autor rozróżnia 4 formy patologicznéj acetonuryi: 1) acetonuryję gorączkową, 2) a. dyjabetyczną, 3) a. w pewnych formach raka występującą, i wreszcie 4) która odpowiada obrazowi chorobowemu nazwanemu przez Kaulicha i Cantaniego acetonuryją. Acetonuryja gorączkowa występuje dopiero wtedy, gdy gorączka już dłuższy czas trwa bez przerwy. Dla tego też acetonuryja występuje w durze, płonicy, odrze, gruźlicy, zapaleniu płuc itd. Acetonuryja u dyjabetyków, opisana przez Kaulicha, nie jest koniecznym objawem moczówki cukrowéj. Zwykle mocze, zawierające mało cukru, nie zawierają acetonu. Inne znów mocze z większą ilością cukru, choć zawierają znaczną ilość acetonu, nie dają reakcyi Gerhardta. Autor zauważył, że wystąpienie acetonu w moczu dyjabetyków jest złym objawem. Chorzy tacy zwykle giną prędko pośród objawów zapadu. Jaksch nazywa postać acetonuryi, w któréj mocz daje także reakcyję z chlorkiem żelazowym, diaceturyja, dla odróżnienia od acetonuryi zwykłéj. Acetonuryja w pewnych postaciach raka należy do wielkich rzadkości. Autor widział ją tylko w rakach przełyku, żołądka, żołądka-trzustki, które szybko się śmiercią kończyły. Wysoki stopień acetonuryi bez gorączki widział raz autor w przypadku wścieklizny. J. zaprawia pierwsze porcyje destylatu moczu rozczynem jodu w jodku potasu a następnie ługiem sodowym. W razie obecności acetonu powstaje żółty osad jodoformu (Lieben). Z ilości powstałego jodoformu ocenia autor ilość acetonu. (*Breslauer Ztg.* Nr. 3, 1883). *Dr. Kopff.*

Sevestre: **Zapalenie jądra w durze.**

Zapalenie jądra jest jedném z najrzadszych powikłań w durze, tak rzadkiém, że nie wspomina o niém Murchison w swém klasyczném dziele. Mimo to opisano w ostatnich czasach parę przypadków, jeden z nich opisał Sevestre w *Union médicale* dodając parę uwag odnoszących się do tego cierpienia. Chory przebył silny dur i był w pełni ozdrawiania, nie miał gorączki, chodził po pokoju, gdy nagle doznał znacznego bólu w pachwinie a badanie wykazało, że prawa strona moszen była zaczerwienioną, jądro nabrzmiałe i bolesne. Przyjądrze nie było zajęte, lecz powrózek nasienny był nieco bolesny. Lewe jądro było prawidłowe, brak również było wszelkich zboczeń w drogach moczowych. Zapalenie stopniowo zmniejszało się i znikło z końcem 6go dnia. Cierpienie to występuje zwykle równie nagle, jak w tym przypadku. Najczęściéj zdarza się cierpienie wzmiankowane w okresie ozdrawiania w 3, 6, 10 a nawet w 20 dni po ustaniu gorączki. W opisanych przypadkach nie ma wzmianki o żadném poprzedzającém lub następowém cierpieniu, do którego możnaby odnieść zapalenie jądra. Pojawianiu się zapalenia jądra towarzyszy powrót gorączki a ciepłota może się wzmódz do 39·5—40·0°C. tętno do 120 i pojawić się gwałtowne dreszcze. W takich razach, zwłaszcza gdy miejscowe cierpienie jest lekkie, lekarz łatwo mógłby przypuścić, że ma do czynienia z nawrotem duru, w przypadkach więc nie dającéj się wytłumaczyć gorączki w okresie ozdrawiania należy zawsze badać moszna. W bardzo rzadkich przypadkach zdarza się zapalenie jądra, zanim pierwsza gorączka minie. Gdy cierpienie jest lżejszego stopnia, to może ograniczać się do uczucia niedogody w jądrze, które nie zawsze wzmaga się śród ucisku. Nawet gdy zapalenie jest wyższego stopnia, ból nie jest nigdy wielki i nie przybiera nigdy cechy nerwobólu. Zapalenie jest zawsze jednostronne a przyjądrze nigdy nie bywa zajęte. Zdaje się, że cierpienie to częściéj zdarza się po prawéj stronie niż po lewéj (na 9 przypadków 7 razy). W większéj liczbie przypadków (8 razy na 12) cierpienie jest nieznaczne, zapalenie nie przekracza okresu nawałowego i kończy się w ciągu 6—10 dni. Czasem nie dosięga i tego stopnia, jedynie ma miejsce przemijające nawałowe obrzmienie. Czasem znów przebieg jest mniéj łagodny, miejscowe zapalenie dosięga znacznego stopnia nasilenia i może przyjść do wytworzenia ropy a ropienie doprowadzić do zupełnego zniszczenia narządu. Nadto w przypadkach o lekkim przebiegu pozostaje czasem trwałe stwardnienie koło przyjądrza, a w jednym przypadku nastał w skutek tego zanik jądra. Patologija tego cierpienia jest jeszcze ciemną. Okoliczność, iż cierpienie to zdarza się szczególnie często w niektórych epidemijach, nie przyczynia się do wyjaśnienia przyczyny. Z proponowanych teoryj, że to gośćcowe zapalenie lub należące do rzędu tych zapaleń, jakie nastają po płonicy, lub też, że zapalenie to jest następstwem zatkania żyły nasiennéj, żadna nie wydaje się zadowalającą. (*The Lancet*, 1882, II, Nr. 23). *Dr. Grabowski.*

Wiadomości pomniejsze.

(γ) **Alkaloid w ślinie ludzkiéj.** W ciągu roku zeszłego wpływ śliny w dziedzinie patologii doświadczalnéj zajmował bardzo wybitne stanowisko, dość wspomnieć doświadczenia Pasteura i innych badaczy francuskich. W r. 1881 Gautier mniemał, że wykrył w ludzkiéj ślinie pewne ciała chemiczne podobne do alkaloidów. Ciała te wstrzyknięte do organizmu zwierzęcego wy-

wołują objawy najwybitniéj występujące u ptaków, a podobne do tych, które sprawia jad wężów. Odo Bujwid usiłował stwierdzić i rozszerzyć twierdzenia Gautiera ale bezskutecznie. Nie zaprzecza on wprost istnieniu alkaloidu, lecz doświadczenia czynione na gołębiach, kretach i żabach wywołały skutki zupełnie sprzeczne. (*The Lancet* 1883, I. Nr. 10).

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sprawozdanie z Walnego zgromadzenia członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk w Poznaniu z d. 21 grudnia 1882.

W przedpołudniowych godzinach, według programu, odbywały się wizyty w szpitalach Sióstr Miłosierdzia, u św. Józefa i okulistycznym Zakładzie Dra Wicherkiewicza, gdzie naczelni lekarze najciekawsze przedstawiali przypadki.

Popołudniowe posiedzenie rozpoczęło się o godzinie 6éj przy dość licznym udziale członków. Z członków zamiejscowych byli obecnymi: Dr. Laurentowski z Obornik i Dr. Pernaczyński z Wrześni, z miejscowych doktorzy: Matecki, Świderski, Kaczorowski, Kramarkiewicz, Kapuściński, Szulc, Grodzki, Jarnatowski, Osowicki, Batkowski, Jerzykowski, Koszutki i sekretarz; jako gość przybył Dr. Kosowski z Pobiedzisk. Przewodniczącym obrano jednogłośnie Dr. Laurentowskiego. Na wniosek sekretarza uwolniono go od odczytania zbyt długiego sprawozdania z ostatniego posiedzenia z powodu, że i tak sprawozdanie to, w Przeglądzie Lekarskim umieszczone, większość czytała.

Nastąpiła rozprawa nad trzecim działem porządku obrad, t. j. nad chorobami nagminnie czasowo panującemi, którą wszczął Dr. Kapuściński przytaczając, że płonica z dyfteryją w mieście jeszcze nie ustaje. Na zapytanie kol. Laurentowskiego, jaką koledzy uważają śmiertelność w tych chorobach, odpowiada Dr. Kaczorowski, że niezbyt liczne przypadki obecnie jeszcze pojawiające się, bardzo łagodnie przebiegają. Lecz mimo to w trzecim tygodniu choroby często uważa obrzęki odnóg i białko w moczu przemawiające za tém, że mimo łagodnego przebiegu choroby te powikłane były ze zajęciem nerek, a obecnie leczy przypadek powikłany z zgorzeliną płuc. Nadto zauważa, że obecnie często spotyka przypadki zapaleń oskrzeli, niekiedy także zimnicy, podczas gdy dur coraz więcéj ustępuje. Kol. Matecki zauważył u dzieci 10—12 letnich śród bardzo słabéj gorączki, która nawet w krótkim czasie ustępowała, czerwoność skóry; czerwoność ta nawet nieraz i bez objawów gorączkowych powstaje i znika. — Dr. Świderski przytacza przypadek odry w téj saméj familii u dwojga dzieci. Przebieg nader łagodny w krótkim czasie powrót do zdrowia; jedno z dzieci i to starsze pozostało zdrowém, podczas gdy u drugiego po dwóch tygodniach nagle ciepłota podniosła się do 40% i pojawiła się wysypka jak w płonicy ze zajęciem gardła itd. Po dwóch tygodniach wszystkie objawy chorobowe zniknęły ustępując zupełnemu zdrowiu, tak, że po pięciu dniach chora łóżko opuścić mogła. Głównym środkiem wtenczas podawanym był chloran potasowy. — Kol. Osowicki sądzi, że dłuższą gorączkę, jaka występuje po szkarlatynie, tłumaczyć należy zajęciem nerek. Z 49ciu przypadków, których bieg badał w szpitalu dziecięcym, 3 tylko skończyły się śmiercią. Kol. Pernaczyński miał we Wrześni liczne przypadki płonicy ze zajęciem i bez zajęcia nerek. Sposób leczenia jego polega na wkładaniu nóżek i rączek w ciepłą wodę, do któréj dodaje jeszcze gorczycę w zamiarze odprowadzenia krwi od opon mózgowych i zaręcza, że mimo często silnéj gorączki i nader ostrego przebiegu nie miał ani jednego przypadku śmiertelnego. Przypadki zaś, gdzie w moczu nie białko lecz śluz się pokazywał, śród podawania kwasu garbnikowego już w kilku dniach wyzdrowieniem się kończyły. W razie kurczu podaje chlorek rtęciowy, kwiat będźwinowy, i kładzie lód na głowę, po ustąpieniu zaś zapalnych objawów przepisuje półtorachlorek żelaza i to po 3 krople kilka razy dziennie. — Kol. Jarnatowski raz jeszcze zwraca uwagę na spostrzeżenia dawniéj już Towarzystwu udzielone, a mianowicie, że we familijach, u których dzieci na płonicę i błonicę zapadły, inni członkowie dostali wodnych obrzęków odnóg. Z 4 chorych jeden miał tylko trochę gorączki i zajęcia gardła. — Kol. Pernaczyński przypomina sobie, że podobne przypadki opisano w *Wiener med. Zeitung*. Zwraca tu na to uwagę, że w płonicy może być angina bez wysypki, wysypka bez anginy lub wreszcie zajęcie nerek bez wszystkich innych objawów. — Kol Kapuściński przypomina spostrzeżenie Henocha, który zapalenie gardła, nazwane powszechnie dyfteryją, w płonicy uważa za odrębne zupełnie cierpienie, do którego oznaczenia nadaje się najwięcéj nazwa *synanche contagiosa*. — Kol. Osowickiemu zdarzył się przypadek u 7-letniego dziecka, które przebywszy dyfteryczne owrzodzenia na migdałkach po 9 dniach dławcem krtani dotknięte zostało. — Po przemówieniu jeszcze kilku innych kolegów w téj sprawie zabiera w końcu głos kol. Matecki odpowiadając na pytanie Dra Kapuścińskiego, że przypadek przez siebie przytoczony uważał za zwyczajny rumień. —

Kol. Pernaczyński przytacza ze swéj praktyki przypadek znacznego zranienia kolana i okolicy maszyną. Opatrzył on ranę azotanem wismutowym zasadowym zastępując środkiem tym „nieprzyjemny mu ze wszech miar" jodoform, który tak wielce daje się we znaki powonieniu. Nadzwyczaj korzystny dotychczasowy przebieg pozwala mu wróżyć, że w wismucie znajdzie silnego rywala trójjodku fenilu. Bliższe szczegóły o tym przypadku przyobiecuje kol. P. podać późniéj na ręce sekretarza. — Dr. Wicherkiewicz zwraca na to uwagę, że i zkądinąd wismut zachwalany był jako środek przeciwgnilny i gojący; i tak między innymi zachwala Dr. Balue w szpitalu Neckera w Paryżu wismut w proszku jako cenny i najlepszy środek w obec wrzodów żylakowych (*Journal de médecine de Paris*, Nr. 15, 1882).

Nastąpił wykład Dra Kaczorowskiego pod tytułem: „Przyczynek do chirurgicznego leczenia suchót płucnych". (Wykład ten umieszczonym będzie w Przeglądzie Lekarskim).

W rozprawie nad tym wykładem pierwszy zabiera głos Dr. Pernaczyński, sądząc że przypadek przytoczony przez Dra Kaczorowskiego chwilowo mało nadaje się do dyskusyi, ponieważ, zdaniem kol. P., nie jest jeszcze rzeczą pewną, czy chodziło tu o wysięk opłucny lub téż o ropień płucowy, gdyż dostatecznych podstaw do rozpoznania kol. P. nie posiada, mimo, że przypadek ten od początku badał. Dopiero trzeciego dnia spostrzegł stłumienie z dołu, a w 2 tygodnie późniéj nastąpiło nagłe wykrztuszenie ropy śród kaszlu. Szukał téż w literaturze i znalazł 3 przypadki opisane, w których ku końcowi 2go tygodnia otworzyły się ropnie opłucnowe na wewnątrz do płuc (do większego oskrzela). Tak on jako téż prof. Fischer z Wrocławia i Dr. Krzyżagórski w Wrześni zgadzali się na rozpoznanie ropnia opłucny. Po wykrztuszeniu ropy nastąpił oddech oskrzelowy. — Na to zauważa Dr. Kaczorowski, iż objawy fizyczne robiły wrażenie wysięku opłucny. Wylewu ropy tutaj jednak nie było, nie było téż otoku piersiowego, a tylko rozstrzeń oskrzelowa powstała przez koklusz, po którym jak wiadomo śródmiąższowe zapalenia płuc pozostawiają jamy oskrzelowe. Stan ogólny odżywienia nie pogorszył się po rękoczynie, tylko przeciwnie polepszył, co przemawia za skutkiem tegoż. Dr. Matecki przypuszcza, iż chodziło w tym przypadku o wysięk opłucny. Tak kol. Pernaczyński, jak kol. Kaczorowski potwierdzili, że ropy nie było, tylko w głębi tkanka komórkowa, która mogła powstać w skutek owrzodzenia płuca. Dr. Pernaczyński przyznaje, iż niesłusznie pominięto badanie drobnowidowe, czy w plwocinach nie znajdują się pierwiastki sprężyste, przemawiające za rozpadaniem się miąższu płuc, a zapytuje się, czy zdarzają się przypadki, że ropnie opłucny wylewają się do płuc? Nie chce on rozstrzygać, czy obecny dobry stan choréj przypisać wypada rękoczynowi, mianowicie w obec bardzo dobrych stosunków, w jakich chora żyje. Kol. Matecki w odpowiedzi na czynione przez kol. Pernaczyńskiego pytanie przytacza przypadek z dawnych czasów, gdy u asystentki w zakładzie Sióstr Miłosierdzia utworzył się wrzód na wątrobie, tenże pękł prawdopodobnie do płuc, co ztąd wnosić wypadało, iż obfite nastąpiło plucie ropą, a śp. Dr. Marcinkowski wraz z innymi lekarzami uważał chorą z powodu objawów suchot płucnych za straconą. Tymczasem chora żyła jeszcze lat 29. Podobnie więc i wrzody opłucny mogą pęknąć do płuc. — Kol. Kaczorowski nadmienia, iż kol. Pernaczyński zmienił zdanie swoje dawniejsze co do tego przypadku. Ognisko zapalne musiało pozostać to samo, a w niém pierwiastki elastyczne znajdować się nie muszą, cuchnące zaś plwociny przema-

wiały za sprawą odgrywającą się w płucach lub przynajmniéj w oskrzelu. Co do rękoczynu zaś, to ogólny stan choréj i zbiornik ropy uprawnił do niego. — Kol. Świderski zapytuje się jeszcze o wywiady, i zwraca równocześnie na to uwagę, że rozszerzenie oskrzeli zwykle bez gorączki się rozwija, ropień zaś opłucnowy zupełnie wyklucza w tym przypadku, jeżeli gorączki nie było. Skłaniałby się więc do przypuszczenia rozstrzeni albo otoku piersiowego. Plwociny zaś pochodzące z rozstrzeni zawsze cuchną, jak to Dr. Kaczorowski w swoim przypadku opisał. Co do rękoczynu zaś, to jest za tém, aby wszystkie wysięki płuc starać się wydobyć na zewnątrz. — Po uwadze kol. Pernaczyńskiego, że dziewczę rok przedtém chorowało na koklusz, a następnie chodziło przez rok cały do szkoły, a potém przez trzy dni gorączkowało, skłania się kol. Świderski do przypuszczenia, iż tutaj rozstrzeń przeszła nagle w otok piersiowy. Na tém zakończono ożywioną rozprawę, w któréj wszyscy prawie obecni członkowie brali udział.

Następnie mówił Dr. Wicherkiewicz o keratoskopii (wykład ogłoszony w Nrze niniejszym Przeglądu Lek.) i na kilkunastu przypadkach objaśniał zastosowanie keratoskopii Dra Placida celem rozpoznawania nieprawidłowości rogówkowych, poczém posiedzenie, które do godziny 9téj trwało, zamknięto.

Dr. B. Wicherkiewicz,
Sekretarz.

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

○ Część VIII Dziennika ustaw i rozporządzeń dla Królestwa Galicyi i Lodomeryi wraz z W. Ks. Krakowskiém wydana dnia 6 marca 1883 zawiera Nr. 22 uchwałę Sejmu krajowego z dnia 22 maja 1875 ustanawiającą statut i etat dla krajowego szpitala powszechnego w Lwowie.

○ Rząd węgierski wydał świeżo: *Additamentum ad Pharmakopoeam Hungaricam.* Pierwsza z farmakopei europejskich oddała hołd chirurgii angielskiéj przyjmując opatrunek listerowski i inne antyseptyczne opatrunki do spisu leków przyjętych. Pod napisem: *Ligamenta antiseptica* znajdujemy tam *Chorda carbolata* (*catgut*); *Filum sericeum antisepticum* (*carbolised silk*); *Gaze salicylatum* (*salicylic gaze*); *Lana gossypii salicylata* (*salicylic wool*) i *Tubuli praeparati carbolati* (*dreny*).

○ Paryż. Minister zażądał od Izby deputowanych kredytu 30.000 fr. na urządzenie pracowni komitetu higijenicznego francuskiego. Zwrócił przytém między innemi powodami uwagę, że podobne pracownie istnieją przy Urzędzie zdrowotnym niemieckim i Board of Health w Anglii. Pracownia, mająca się urządzić, będzie miała na początek skromne rozmiary. Ma znaleźć pomieszczenie w domu wynajętym od gminy m. Paryża za czynszem 2.500 fr. Potrzebne reparacyje i zaadaptowanie kosztować będą 18.000 fr. łącznie ze sprzętami. Nabycie instrumentów, odczynników, produktów chemicznych obliczono na 12.000 fr. Na koszta utrzymania i płace ma być osobno wyznaczona suma 15.000 fr.

○ Objawy powrotu do zdrowia w durze i płonicy. Dr. Chauffard podaje w *France médicale.* iż pojawienie się licznych powierzchownych wrzodów i polyuryi są dwoma objawami powrotu do zdrowia w durze. Dr. Maujot kreśląc w *Lyon médical* opis epidemii płonicy w Belley podaje, iż obniżenie gorączki cechowało się zawsze niezwykłą powolnością tętna. Powolności téj nie można było przypisywać jakiemuś cierpieniu nerwowemu lub serca ani téż działaniu jakiego trującego wpływu. Pojawia się ono 5go lub 6go dnia, gdy wysypka poczyna bledniéć i utrzymuje się przez okres łuszczenia aż do ozdrowienia. Tętno opada do 44 i 46 na 8 lub 10 dni a późniéj wznosi się powoli do 60. Obniżenie to było objawem rychłego powrotu do zdrowia.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 25 lutego do 3 marca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: 30,1. Z ospy umarło 1 (1 z. t.); z błonicy 0 (1 z. t.); z róży 1 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku odry, 2 płonicy, 1 duru brzusznego, 1 róży. W tygodniu od 18—24 lutego ospa w Londynie złagodniała. Zapadło świeżo 11, umarło 6, leczyło się w szpitalach 88. W Pradze umarło 1, w Brukseli i Warszawie po 2, w Murcyi 4, w Granadzie i Lizbonie po 5, w Roterdamie 6, w Paryżu 11, w Petersburgu 24, w Nowym Orleanie 32, w Baltimore 69, w Rio de Janeiro 49. Odra zabierała więcéj ofiar w Stokholmie, Paryżu i Londynie. Z duru umarło mniéj w Paryżu, Petersburgu i Bukareszcie. W Kalkucie umarło od 7—13 stycznia 49 osób z cholery.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 18 do 24 lutego umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 27,1; w Warszawie 25,3; w Poznaniu 33,6; w Wiedniu 32,7; w Pradze 37,8: w Berlinie 25,7; w Wrocławiu 34,2; w Gdańsku 30,9; w Kolonii 25,5; w Mnichowie 32,7; w Dreźnie 23,1; w Lipsku 23,4; w Bazylei 19,1; w Brukseli 26,3; w Amsterdamie 31,2; w Hadze 29,5; w Paryżu 27,8; w Londynie 20,5; w Kopenhadze 25,4: w Stokholmie 25,4; w Chrystyjanii 18,3; w Petersburgu 38,3; w Rzymie 24,3; w Wenecyi 31,7; w Bukareszcie 32,0; w Lizbonie 26,6; w Nowym Yorku 25,4; w Filadelfii 26,6; w Rio de Janeiro 53,1; w Bombayu 29,3; w Madrasie 40,8. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 15 marca. W pierwszych dniach przyszłego tygodnia przybędą do Krakowa członek Wydziału krajowego p. Dr. Hoszard oraz sekretarz Namiestnictwa p. Ottmann, celem ostatecznego załatwienia sprawy odstąpienia gruntu pod budowę zakładu anatomii patologicznéj.

* Z przyjemnością dowiadujemy się, że kol. Obtułowicz w Buczaczu szczęśliwie przebył dur osutkowy.

* W Wilnie obchodzono 25-letni jubileusz pracy lekarskiéj Dra Adolfa Majewskiego, zasłużonego i powszechnie szanowanego męża. (*Kur. Warsz.*)

□ Z prawdziwą radością witamy wiadomość podaną przez Časopis lek. č. (Nr. 10), że Wydział lekarski czeski zostanie otwarty z początkiem przyszłego roku szkolnego; wydatek z kasy państwa, niezbędny do tego wiekopomnego dla bratniego narodu dzieła, otrzymał najwyższe zezwolenie cesarskie. Časopis l č. oddaje wszelką słuszność namiestnikowi baronowi Krausowi, który dołożył wszelkich starań u korony i rządu, ażeby urzeczywistnić ten czyn słuszności i dziejowéj sprawiedliwości. W obec tego faktu dokonanego zgorszeni jesteśmy małodusznemi szykanami językowemi, których dopuścił się prof. Hering przy promocyi kandydatów narodowości czeskiéj. Namiętność i fanatyzm wstąpiły w prawa rozwagi i sprawiedliwości, tych cnót niezbędnych dla prawdziwie uczonego kierownika młodzieży.

○ Miłośnik spokoju nie powinien wybierać Uniwersytetu w Jenie za miejsce nauki. Nie mniéj niż dwadzieścia jeden pojedynków na seryjo odbyło się tam między studentami w ciągu jednego dnia. Powiększa jeszcze niebezpieczeństwo wypływające z tego barbarzyńskiego zwyczaju i to, że niedokładnie oczyszczona broń sprowadza w wielu razach zakażenie krwi i obecnie z tego powodu przeszło czterdziestu młodych ludzi leży w szpitalu w bardzo opłakanym stanie. (*The Lancet*).

* Jak dawniéj w Anglii, tak obecnie w Ameryce północnéj istnieje klasa ludzi, nazwanych *resurrection men* od szczególnego zawodu, któremu się poświęcają; wygrzebują oni zwłoki ludzkie na cmentarzach celem sprzedania ich zakładom anatomicznym. Prawo amerykańskie nie dozwala, aby zwłoki ze szpitali przesyłano do amfiteatrów anatomicznych, nawet nie zezwala wydania im zwłok zbrodniarzy powieszonych za wyrokiem. Zakłady anatomiczne atoli bez trupów obejść się nie mogą i nie obchodzą się; otrzymują je więc albo za wysoką opłatą i w sposób skryty od posługaczy szpitalnych albo zmuszone są zachęcać pewną warstwę ludzi do kradzenia zwłok pochowanych na cmentarzach. Że tak się dzieje, jest tajemnicą powszechnie znaną, ale dotychczas jeszcze nie przyszło z tego powodu do skandalu głośnego. Gdy jednak w ostatnich czasach rozeszła się w Filadelfii wieść, że na tamecznym cmentarzu Lebanon kradzieże zwłok zbyt często się powtarzają, kilku dziennikarzy miejscowych postanowiło rzecz zbadać i wykryć prawdę. To téż udało im się przychwycić 4 ludzi na gorącym uczynku, którzy stawieni przed Sąd, zeznali, że od lat trzech trudnią się tém rzemiosłem, a to z polecenia demonstratorów przy anatomii w szkole lekarskiéj Jeffersona, Drów Forbesa i Behana. W szczególności podali, że raz na zlecenie Forbesa wykradli trupa z więzienia miejscowego, że następnie jeden z asystentów Dra Lohmann namówił ich, aby wykradli zwłoki niewiasty, pochowanéj na cmen-

tarzu Lebanon, i że zwłoki te sam Lohman w swoim wozie zawiózł do szkoły Jeffersona; że wreszcie późniéj jeszcze 13 ciał dostarczyli Lohmanowi z tegoż cmentarza, działając w porozumieniu z bratem dozorcy miejscowego, który sam im wskazywał groby odpowiednie. —W skutek tych zeznań aresztowano wszystkich 3 doktorów oraz dozorcę cmentarza i jego brata a rozprawa ma odbyć się niezadługo. Spodziewają się surowego ukarania przestępców, ponieważ opinija publiczna mocno jest rozjątrzoną, zwłaszcza gdy równocześnie podobne kradzieże wykryto i w Richmondzie i Montreal. (*Annales d'hyg. publ.* 1883, mars).

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga czeska.** Proff. Lambl obecnie w Warszawie i Tomsa w Kijowie, obaj rodowici Czesi, przyjęli katedry w Wydziale lek. czeskim, pierwszy anatomii patolog., ostatni fizyjologii. — **Marburg.** Prof. Ahlfeld z Giessen mianowany został prof. ginekologii i położnictwa.

* **Nekrologija.** D. 20 lutego r. b. umarł w Paryżu w 81 roku życia znany fabrykant narzędzi chirurgicznych Luër. Rodowity niemiec z Brunświku żył on przez pół wieku w Paryżu i znany był w całym świecie naukowym.

○ Dr. Bertillon znany statystyk umarł z choroby serca powikłanéj z chorobą Brighta d. 28 lutego w sześćdziesiątym drugim roku życia. Od wczesnéj młodości zdradzał upodobanie do poszukiwań statystycznych a tytuł jego rozprawy inauguralnéj w r. 1852: „O niektórych zasadach higijeny w stosunku do długości życia" świadczył o téj jego skłonności do nauki, którą następnie rozwinął do tego stopnia, iż uważano go, we Francyi przynajmniéj, za założyciela gałęzi, która nosi nazwę demografii. Jego zasługi w tym kierunku tak oceniano, iż prefekt Sekwany utworzył w r. 1880 nowy urząd, którego dyrektorem mianowano Dra Bertillona, a z tego urzędu rozchodziły się co tydzień sprawozdania o śmiertelności po całéj Europie. Dr. Bertillon był wielce uczonym w ogóle, wytrawnym botanikiem i znakomitym antropologiem. Do jego dzieł o botanice, a szczególniéj mykologii, o fizyjologii, demografii, antropologii, o lekarskiéj i naukowéj filozofii można się zawsze z pożytkiem uciekać. Umarł wdowcem pozostawiając trzech synów, z których najstarszy Jakób Bertillon jest Drem medycyny i zdaje się, że odziedziczył po ojcu wielkie zdolności i szczególne zamiłowanie do demografii. Dr. Bertillon był członkiem „*Société d'Autopsie Mutuelle*", któremu stosownie do statutu zapisał nie tylko swoją głowę ale całe ciało, po sekcyi zwłoki jego pogrzebano cywilnie na cmentarzu w Neuilly w obec wielkiéj liczby opłakujących go przyjaciół.

Piśmiennictwo lekarskie. **Sprawozdanie z czynności warszawskiego szpitala dla dzieci wyznania mojżeszowego fundacyi małżonków Bersohn i Baumann, za czas od d. 1 lipca 1878 r. do 1 stycznia 1882 r.**

O powstaniu warszawskiego szpitala dla dzieci wyznania mojżeszowego wiedzieliśmy już dawniéj z prac naukowych, które wyszły z tego zakładu; sprawozdanie, które mamy przed sobą zaznajamia nas gruntownie z dziejami jego założenia, budową, organizacyją, zasobami, kierownictwem, ruchem chorych itd. I w téj pobieżnéj notatce biblijograficznéj nie należy nam pominąć milczeniem nazwisk pp. Bersohna i Baumana, którzy czynem znacznéj ofiary pieniężnéj stali się fundatorami tak pożytecznego dla kraju zakładu i dobrze zasłużyli na wdzięczność mieszkańców stolicy.

Szpital mieści się na przestrzeni 8557 łokci kw. i składa się z kilku budynków. Właściwy szpital jest jednopiętrowym i zawiera pięć sal mieszczących po 6 łóżek dla chorych, a siódme dla posługaczki; sale są obszerne, jasne; na jednego chorego przypada 51,4 metrów sześciennych powietrza; przewietrzanie odbywa się wentylatorami, o ile z opisu wnosić można bardzo praktycznie urządzonemi, sale malowane farbą wodną. Drzwi z pierwszych czterech sal wychodzą na wspólny korytarz; sala piąta oddzielona od reszty murem, ma osobny wchód, i służy do pomieszczenia cierpiących na choroby zakaźne. Szpital posiada łazienki, a w przedsionkach prowadzących do sal bocznych również znajduje się po jednéj wannie.

Na dole mieści się czekalnia, biblijoteka, sala posiedzeń' ambulatoryjna, apteczna, operacyjna, oraz sala o trzech łóżkach dla chorych, wymagających odosobnienia po operacyjach. Kuchnie i wszelkie pomieszczenia gospodarskie, prócz pralni, znajdują się w suterenach; jedzenie podaje się na I piętro za pomocą windy.

W małym bocznym jednopiętrowym budynku znajduje się mieszkanie lekarza zakładowego na I. piętrze, na dole wejście i mieszkanie odźwiernego; za tym budynkiem mieści się pralnia z suszarnią, obora itd. W najdalszym zakątku ogrodu znajduje się trupnia. Szpital posiada gaz i wodociągi.

Podług statutu do szpitala przyjmują się bezpłatnie dzieci chore w wieku od 3 do 12 lat włącznie, cierpiące na choroby wewnętrzne, chirurgiczne, skórne i zakaźne. W godzinach przedpołudniowych (10—1) udzielają lekarze porady chorym przychodzącym bez różnicy wyznania.

Zarząd szpitala znajduje się w ręku komitetu złożonego z prezesa i 5 członków. Naczelnym lekarzem jest Dr. Portner, ordynującym oddziału chor. wewn. Dr. J. Kramsztyk, oddz. chirurg. Dr. Dinte; p. o. lekarza miejscowego Dr. Wolberg. Szpital ma stale mieszkającego w zakładzie felczera. Łącząc cel humanitarny z naukowym dobrodzieje szpitala założyli biblijotekę pedyjatryczną; lekarze szpitalni odbywają co miesiąc posiedzenia, na których roztrząsają ważniejsze przypadki w zakładzie spostrzegane. Obok gospodyni i posługaczek nocne czuwanie na salach odbywają obywatele z miasta, którzy wywiązują się z tego zadania filantropijnego ku zadowoleniu tak komitetu jak i lekarzy. Dochody w latach objętych sprawozdaniem przewyższały wydatki; w r. 1881 średnio jeden chory kosztował dziennie 69,6 kop. Wiedząc, że 3 pierwsze lata nie dają należytego wyobrażenia o ruchu chorych, podajemy tu liczby z r. 1881, z ostatniego z objętych sprawozdaniem: leczono 401 dzieci, przychodnich było 5523, którym udzielono 9690 porad; śmiertelność wynosiła 15,5%; średni pobyt jednego chorego w szpitalu był 20 dni; średnio każdodziennie było w szpitalu 23 chorych. Sprawozdanie statystyczno lekarskie ułożone przez Dra Portnera daje należyte wyobrażenie o czynnościach lekarskich zakładu. Przedewszystkiém uwydatnić należy część chirurgiczną, w któréj znajdujemy bogaty spis wykonanych operacyj, niektóre z nader pomyślnym skutkiem: przecięcia tchawicy dokonano u 21 chorych, z których 9 wyzdrowiało. W oddziale chorób wewnętrznych leczono cierpienia wszystkich narządów, oraz choroby zakaźne; olbrzymi ruch chorych, leczonych ambulatoryjnie, świadczy o zaufaniu publiczności do zakładu i jego kierowników; ambulatoryjum pedyjatryczne ma obok leczniczego zadanie cywilizacyjne: jest ono katedrą przeznaczoną do zwalczenia najwięcéj zakorzenionych przesądów, dotyczących fizycznego wychowania dzieci. Przyznajemy, że z radością wczytywaliśmy się w szczegóły téj nowéj instytucyi, mającéj w naszych stosunkach ważne przeznaczenie humanitarne i społeczne; przekonani jesteśmy, że fundatorowie znajdą równie szlachetnych i ofiarnych naśladowców i rozszerzą ten szpital w tym stosunku, jaki odpowiada liczbie izraelickich mieszkańców Warszawy; ufać należy, iż w takim razie powstałby pawilon, który zastąpiłby obecną wspólną salę dla chorych zakaźnych, będącą bądź co bądź wadą organiczną instytucyi, o któréj piszemy i która nie harmonizuje z temi pojęciami, jakiemi kierowano się przy budowie i zarządzeniach higijenicznych budynku; możeby było właściwiéj zupełnie nie przyjmować chorób zakaźnych, a salę rzeczoną przeznaczyć dla przypadków zaszłych w samym szpitalu, aniżeli gromadząc wszystkie choroby zakaźne w jednéj sali, wytworzyć dla lekarzy źródło niewyczerpane kłopotów, a dla publiczności podstawę do obaw z jednéj a do wyrzutów z drugiéj strony. Ale „podług stawu grobla": jeżeli w całym świecie początki są trudne, to u nas najtrudniejsze; raz rozpoczęte dzieło uznanéj i ocenionéj wartości rozwinie się i wydoskonali, jako proste następstwo organicznego rozwoju i wynikłych z niego potrzeb społecznych.

Dr. A. Kwaśnicki.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Pamiętniku Tow. Lek. warsz.* Zeszycie 1szym z r. b.: Strzeszewskiego: Porównanie pożywności mięsa wołowego, roślin strączkowych i glutenu; Wróblewskiego: Marcin z Urządowa i jego zielnik; Jaworskiego: Porównawcze badanie nad zachowaniem się wody i soli karlsbadzkiéj, wody kisyngskiéj i przekroplonéj w żołądku ludzkim. —W *Gazecie Lek.* Nr. 10: Jakowskiego: Próba szczepienia laseczników gruźliczych; Pacanowskiego: Kilka uwag nad przebiegiem tyfusu brzusznego i wysypkowego (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 10: Florkiewicza i Rogowicza: Przypadek przybłoniaka

szyi maciczněj (dok.); Dobrzyckiego: Z dziedziny chorób pamięci.

Redakcyja otrzymała:

Sprawozdanie c. k. krajowéj Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych Galicyi za rok 1878, 1879 i 1880. Lwów 1881, in 4to 71 i XLVII.

Piśmiennictwo lekarskie. MERKEL Fr. Beiträge zur Kenntniss der postembryonalen Entwicklung d. menschlichen Schädels. Mit 7 Tfln. gr. 4. Bonn, Cohen et Sohn. M. 6.

MEYER H. v. Zur genaueren Kenntniss der Substantia spongiosa der Knochen. Lex-8. Stuttgart, Cota M. 80.

MOREAU P. De l'homicide commis par les enfants. 8 Paris Asselin et Co. Fr. 3½.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie dnia 21go bm. o godzinie szóstéj wieczór w salach Akad. Umiej. zwyczajne posiedzenie, na którém prof. Dr. Rosner przedłoży swe „uwagi nad leczeniem kiły przez wstrzykiwanie rtęci pod skórę,“ a Dr. Schramm przedstawi kobietę uleczoną, na któréj prof. Mikulicz wykonał resekcyję żołądka.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Zarząd Biblijoteki Uczniów Wydziału Lekarskiego przypomina PP. Lekarzom, którzy dotąd książek nie zwrócili, że termin 2-miesięczny upływa z początkiem Kwietnia rb.; jeżeli więc książek nie zwrócą sami, zmuszą Zarząd do udania się na drogę sądową.

W Krakowie dnia 15 Marca 1883.

Z Zarządu Biblijoteki.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 24 marca 1883. № 12. Rok XXII.

I. Z kliniki chirurgicznéj prof. Dra Mikulicza w Krakowie.

Przyczynki do Chirurgii.

VI.

Skoliozometer, przyrząd do mierzenia skrzywienia bocznego kręgosłupa.

Podał prof. J. Mikulicz.

Skolioza od dawna stanowiła jedną z najciemniejszych części ortopedyi, a mimo zupełnego przewrotu, którego w ostatnich dziesiątkach lat cała nauka o skrzywieniach doznała, nie wielka pod tym względem zaszła zmiana. Mimo jasnych zapatrywań na etyjologiję i patogenezę bocznego skrzywienia stosu pacierzowego, mimo racyjonalnych podstaw, z których wszystkie zabiegi lecznicze w przypadkach tego skrzywienia wychodzą, nie dotarliśmy przecież na tém polu tak daleko, jak np. w przypadkach skrzywień stopy, kolana lub biodra. Przyczyną tego jest po części, że zrozumienie patologii skoliozy jest o wiele więcéj utrudnioném dla zawiłych stosunków anatomicznych i mechanicznych aniżeli np. w podobnych skrzywieniach kolana (*Genu valgum, Genu varum*). Z drugiéj zaś strony nie posiadamy przeciwko skoliozie sposobu leczenia operacyjnego, które w wielu innych gałęziach ortopedyi wywołało szybki bardzo postęp i zmianę. Tu obecnie zarówno jak przed stu laty zmuszeni jesteśmy poprzestać na środkach czysto ortopedycznych. A chociaż i pod tym względem w ostatnich latach znaczne zrobiono postępy, to przecież musimy przyznać, że i po dziś dzień nawet w kołach kompetentnych wcale rozmaite istnieją zapatrywania co do najodpowiedniejszych środków leczniczych przeciwko skoliozie. I tak bardzo podzielone są jeszcze zadania, o ile jedna z najważniejszych zdobyczy, tj. gorset gipsowy lub filcowy, jest stósowną. Nic więc dziwnego, że lekarze praktyczni nie tylko co do tego pytania ale i co do całego leczenia skoliozy okazują pewną obojętność. Lekarz, który właśnie spotyka się z pierwszemi całkiem uleczalnemi początkami skoliozy, w którego ręku więc na razie leży los chorych skoliotycznych, poprzestaje najczęściéj na tém, że odsyła chorych do bandażysty, aby sobie sprawili gorset przeciw skoliozie. Dość często rodzice oszczędzając sobie drogi do lekarza udają się wprost do bandażysty. Czy gorset w danym przypadku w ogóle jest odpowiednim, albo jaka forma jest najstósowniejszą, o to zazwyczaj wcale nie dbają. Ztąd pochodzi, że zboczenie pod gorsetem coraz dalej się rozwijając dochodzi dość często do stopnia już nieuleczalnego, podczas gdy rodzice przez długi czas uspokajają się myślą, że w ogóle jakieś leczenie ma miejsce. Pewnego wreszcie dnia, niestety często za późno, spostrzega matka, że skrzywienie mimo gorsetu się zwiększyło a wtedy dopiero ucieka się do wszystkich środków celem powstrzymania cierpienia. Jakaż więc przyczyna złego? Byłoby to zapewne niesłusznem, gdybyśmy w każdym przypadku zarzucali lekarzowi ordynującemu opieszałość. Przyczyny po części szukać należy w okoliczności, że większa część środków, któremi dziś rozporządzamy, zanadto jest niedostateczną, oraz w okoliczności, że nie posiadamy pewnego i łatwo użyć się dającego środka do mierzenia, o ile cierpienie się polepszyło. Ztąd też zapewne pochodzi, że i ludzie fachowi nie łatwo zgadzają się co do stósowności niektórych środków. Brak bowiem dokładnéj kontroli, któréj ortopedyk potrzebuje zarówno dla siebie jak i dla innych, których chce przekonać o sposobie działania pewnéj metody.

Ten brak uczułem już przed kilku laty, gdy jako asystent w klinice Billrotha próbowałem gorsetów gipsowych i filcowych. Od tego czasu zajmowała mnie myśl złożenia przyrządu, za pomocą którego możnaby liczebnie oznaczyć najważniejsze zboczenia kształtu w skoliozie a lekarz mógłby przekonać się o nieznacznem nawet polepszeniu lub pogorszeniu się zboczenia.

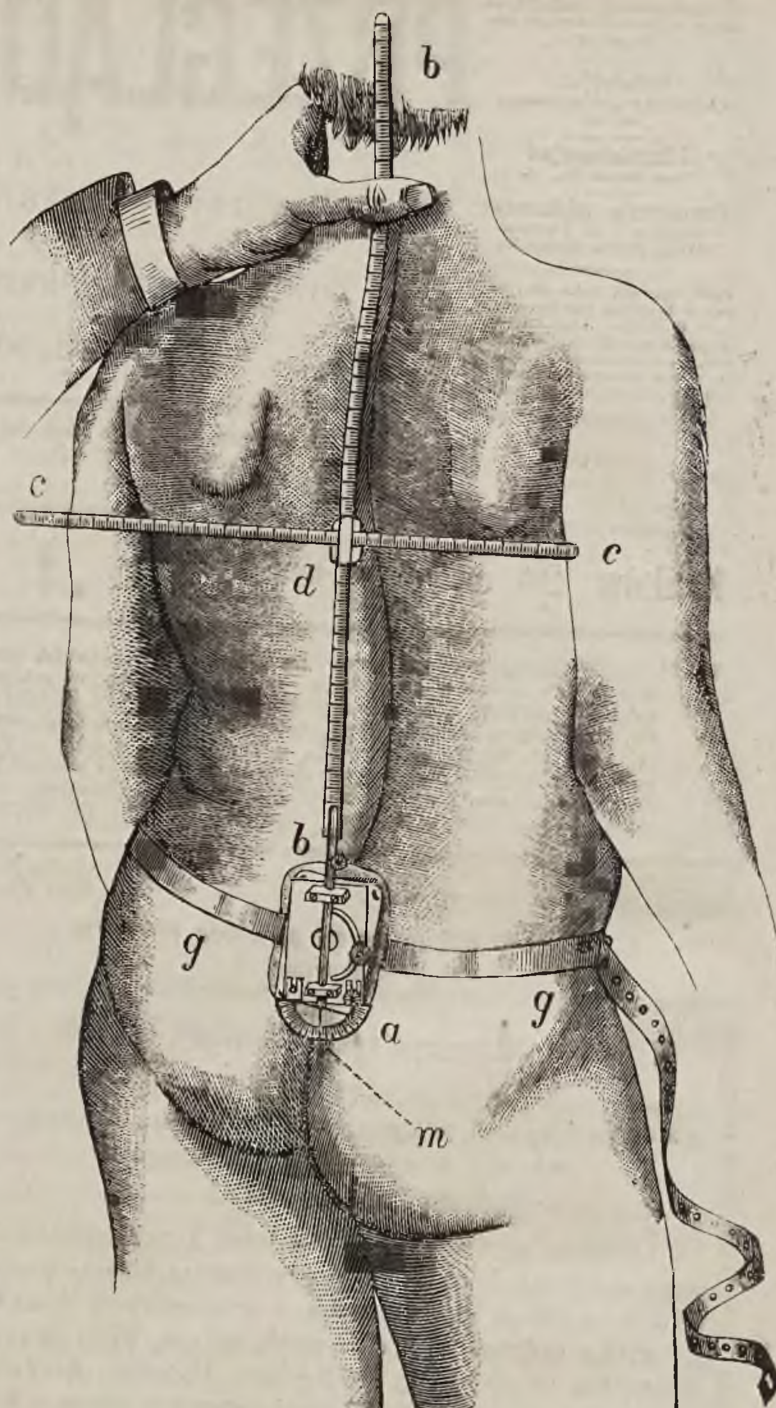
Zdania co do znaczenia takiego przyrządu do mierzenia

są bardzo podzielone, zdaje mi się jednak, że większa część lekarzy zanadto nisko ceni jego wartość. Jestem przekonany, że co do leczenia skoliozy wtedy dopiero będziemy mieli pewne i stałe zasady, kiedy za pomocą liczb będziemy mogli oznaczyć na pewne wartość każdéj zaleconéj metody. W przypadkach innych skrzywień kontrolujemy już od dawna poszczególne metody w ten sposób, tylko nie potrzebujemy osobnych przyrządów. W stawie kolanowym mierzymy kąt zgięcia (przy kontrakturach) i stopień addukcyi lub abdukcyi (w *genu valgum* i *genu varum*). W biodrze mierzymy kąt zgięcia, abdukcyi i rotacyi. Do tego wystarcza zwyczajny kątomierz. Zresztą najczęściéj już oko samo wystarcza do ocenienia, czy kontraktura w stawie kolanowym lub stopa końska zostały usunięte, albo czy nastało polepszenie w przypadku stopy szpotawéj; możemy to rozpoznać po zdjęciu opatrunku gipsowego na pierwszy rzut oka. Nadto we wszystkich tych przypadkach przywrócona funkcyja odnogi poucza nas o dobrym skutku leczenia. Wszystkich tych wskazówek brakuje nam w skoliozie. Ponieważ tu wszystkie zmiany zwolna i nieznacznie się rozwijają, znaczniejsze dopiero różnice okiem rozpoznać możemy; o tak ważném zaś dla nas rozpoczynającém się polepszeniu lub pogorszeniu pouczyć nas może tylko czuły bardzo przyrząd do mierzenia.

Ortopedycy i chirurgowie podali już rozmaite przyrządy odnośne; mianowicie Bühring i Heinecke wymyślili bardzo zmyślne przyrządy, któremi można przedsiębrać bardzo dokładne pomiary. Wszystkie to jednak przyrządy mają dwie wady: są one po pierwsze zanadto skomplikowane i wymagają za dużo czasu i pracy, a powtóre nie podają nam wszystkich zmian kształtu, których badanie w skoliozie jest konieczném. Slusznie mówi P. Vogt [1]), że zastósowanie tych przyrządów jest bardzo ograniczoném, gdyż one uwzględniają tylko zboczenie wyrostków kolczystych od linii środkowéj; linija kierunkowa wyrostków kolczystych sama przez się wcale nie daje nam prawdziwego obrazu rzeczywistego zboczenia kręgów. Musimy jeszcze uwzględnić inne czynniki, a zwłaszcza skręcenie stosu pacierzowego i ztąd wynikłe zmiany kształtu klatki piersiowéj. Metoda mierzenia Barwella, który uwzględniając te okoliczności przykłada drut ołowiany w rozmaitéj wysokości naokoło klatki piersiowéj i w ten sposób chce otrzymać dokładny obraz jéj kształtu, zdaniem mojém także zanadto wiele wymaga zachodu i nie jest pewną.

Sądzę, że mój przyrząd do mierzenia uwzględnia wszystkie istotne stosunki w skoliozie, i daje się tak łatwo zastósować, że go każdy lekarz praktyczny używać może. Układając go uwzględniłem następujące wymiary: 1) długość kręgosłupa, 2) odchylenie jego na bok, 3) skręcenie kręgów a względnie całéj klatki piersiowéj, 4) ustawienie łopatek, 5) wysokość barków. Długość kręgosłupa, tj. odległość obydwu jego końców, można w prosty całkiem sposób za pomocą zwykłéj miary centymetrowéj oznaczyć; nie zwróciłem przeto na ten punkt szczegółowéj uwagi, choć i ten wymiar można oznaczyć za pomocą mego przyrządu. Główną uwagę zwróciłem na cztery pozostałe wymiary. Szczególny nacisk kładę także na uwzględnienie ustawienia łopatek i wysokości barków. Wiadomo bowiem, że bardzo często pierwsze początki skoliozy objawiają się asymetryją barków albo nie równo wysokiém ustawieniem tychże, okoliczność, na którą rodzice często najpierw zwracają uwagę.

[1]) *Moderne Orthopaedik, Stuttgart 1883, pag. 137.*



Dołączona rycina przedstawia przyrząd w jego zastósowaniu do mierzenia skoliozy. Składa on się głównie z dwóch wązkich taśm stalowych, (podobnych do brykli w gorsetach damskich) opatrzonych podziałką milimetrową; jedna z tych taśm przebiega pionowo *(b b)*, druga poziomo *(c c)*. Są one tak elastyczne, że je można wprawdzie dokładnie przystósować do powierzchni ciała, poczém jednak siłą sprężystości wracają do pierwotnego swego kształtu. Oba te pręty za pomocą mosiężnéj części środkowéj *(d)*, w ten sposób są połączone, że się pręt poziomy zarówno z boku na bok jak i z góry na dół daje przesuwać. Pręt pionowy jest przymocowany do płytki metalowéj *(b a)*, która znów za pomocą odpowiednio wielkiéj peloty stoi w związku z pasem biodrowym *(gg)*. Przy *a* znajduje się kątomierz poziomo ustawiony. Pręt pionowy *(b b)* przechodzi na dolnym swym końcu w cienki pręcik, około którego daje się obracać. Na dolnym końcu tegó pręcika znajduje się wskazówka *(m)* chodząca po kątomierzu. Jeżeli przyrząd cały wraz z taśmą poziomą *(c c)*, leży na osobie dobrze zbudowanéj, to wska-

zówka przy *m* pokazuje 90°. Każde skręcenie tułowia wywołuje zboczenie dające się w stopniach odczytać. Tylną część pasa biodrowego stanowi także sprężyna stalowa, w skutek czego cały przyrząd może być lepiéj ustalonym.

Przyrząd zakłada się, jak widać z ryciny, w ten sposób, że pas biodrowy (*gg*) przebiega na około miednicy pomiędzy grzebieniem kości biodrowéj a krętarzem wielkim, a pelota (*b a*) leży dokładnie na kości krzyżowéj. Gdyby przypadkowo miednica była ukośnie ustawioną, to można cały przyrząd na pelocie około pozioméj osi odpowiednio skręcić, tak, że można pręt pionowy (*bb*) w każdym przypadku przystosować do stosu pacierzowego. Zresztą można to ustawienie ukośne także w ten sposób usunąć, że się odpowiednią nogę stawia na wyższéj podstawce.

Skoro przyrząd w ten sposób jest założony, mierzy się najprzód odległość między dwoma kręgami, z których jeden leży blisko górnego a drugi dolnego końca kręgosłupa. Najstosowniéj jest mierzyć odległość między górnym końcem kości krzyżowéj a siódmym kręgiem szyjnym. Jak już wspomniałem, można jeszcze przed założeniem przyrządu zdjąć ten wymiar za pomocą zwykłéj miary. Teraz oznacza się odchylenie boczne kręgosłupa. W tym celu można jeszcze przed założeniem przyrządu oznaczyć za pomocą atramentu lub czarnéj kredy linię kierunkową wyrostków kolczystych. Jeżeli skrzywienie wypukłością zwraca się na prawo, to przesuwa się cały przyrząd nieco na lewo, tak, że prawy brzeg pręta pionowego odpowiada głównéj linii stosu pacierzowego tj. przypada ponad środek kości krzyżowéj i wyrostki kolczyste ostatnich kręgów szyjnych. Za pomocą taśmy poziomej (*cc*) odczytujemy tedy na tém miejscu, gdzie wypukłość jest największą, odległość odnośnego wyrostka kolczastego od linii środkowéj. Jeżeli wypukłość leży po stronie lewéj, to przesuwamy cały przyrząd trochę na prawą stronę i mierzymy w ten sam sposób. Dla celów praktycznych wystarcza oznaczyć odchylenie wyrostków najbardziéj zbaczających. Oczywiście należy także uwzględnić skrzywienie wyrównywające w części lędźwiowéj kręgosłupa. Należy także zaznaczyć krąg, który znajduje się pomiędzy skrzywieniem pierwotném a kompenzacyjném, a więc który dokładnie odpowiada linii środkowéj (krąg nieruchomy). Teraz mierzy się skręcenie stosu pacierzowego. Podczas gdy przy dotychczasowych wymiarach badany stał swobodnie ze zwieszonemi ramionami, każe mu się teraz ramionami podnieść i ponad głowę złożyć. W skutek tego łopatki podnoszą się dość znacznie i cała forma klatki piersiowéj wybitnie występuje. Przykłada się potém pręt poziomy (*cc*) w rozmaitych wysokościach dokładnie do grzbietu. Jak już wspomniałem, uwidocznia przytém skazówka (*m*) wszystkie zboczenia co do skręcenia w stopniach. I tu wystarczy oznaczyć tylko części najbardziéj zbaczające zarówno w skrzywieniu pierwotném, jak i w zastępczém u części lędźwiowéj. Należy także zaznaczyć część znajdującą się w ułożeniu prawidłowém pomiędzy obydwoma skrzywieniami (część nieruchomą).

Skoro badany ramiona znów spuścił, obchodzimy w téj pozycyi ustawienia łopatek. Ponieważ nam tu nie chodzi wcale o znaczenie bezwzględnéj wysokości łopatki jednéj lub drugiéj, lecz o oznaczenie różnicy w ustawieniu obydwu, to wystarczy po pierwsze oznaczyć różnicę co do wysokości kątów łopatek, a powtóre różnicę odległości wewnętrznych brzegów łopatek od linii środkowéj. Oba te wymiary można otrzymać w sposób prosty przez przesunięcie pręta poziomego (*cc*). W podobny wreszcie sposób oznacza się wysokość barków, do czego najlepiéj nadaje się szczyt łopatki.

Co do wartości liczb otrzymanych za pomocą tego przyrządu, możnaby może zarzucić, że nie wszystkie odpowiadają dokładnie stosunkom anatomicznym: i ja to przyznaję. Zwłaszcza odchylenie boczne i skręcenie rzeczywiste kręgosłupa w pojęciu ściśle anatomiczném, mianowicie w wyższych stopniach tego skrzywienia nie zawsze może będzie się zgadzało z wynikami tych wymiarów, które odpowiadają tylko zmianom kształtu na zewnątrz widocznym. Bo téż u tego przyrządu, który ma głównie służyć dla celów praktycznych, wcale o to nie chodzi. Liczby znalezione tym przyrządem mają nam dać ile możności wierny obraz objawów skoliozy w pewnym okresie czasu zewnętrznie wybadać się dających. A temu zadaniu przyrząd ten z pewnością zupełnie czyni zadość. Przez kombinacyję właśnie rozmaitych wymiarów można sprostować niedokładność szczególnych wymiarów.

Skoliozometer nie tylko ma wykazać wyniki przedsiębranego leczenia, ma on służyć także i w tych przypadkach, gdzie istnieje tylko podejrzenie rozpoczynającéj się skoliozy, i gdzie tylko staranna obserwacyja trwająca przez miesiące może dać jakieś wyjaśnienie. Choć po jednorazowém badaniu oko wprawne spostrzeże nawet małe zboczenia co do symetryi obu połów tułowia, to przecież na podstawie tego jednego wrażenia nigdy nie można ocenić na pewne zmiany powstającéj w ciągu kilka tygodni. Wreszcie można użyć tego przyrządu do prognozy każdego przypadku, gdyż podaje on stopień ruchomości części przesuniętych. Wiadomo bowiem, że możność wyleczenia skoliozy głównie zależy od tego, czy skrzywiony kręgosłup przez rozmaite manipulacyje i zmiany w ustawieniu tułowia i ramion da się sprowadzić do kształtu prawidłowego lub nie.

W końcu muszę jeszcze nadmienić, że cały przyrząd, który pan E. Walkowski, bandażysta (Wien, Naglergasse Nr. 2) w bardzo zgrabnéj i pięknéj formie wykonał, da się rozebrać, i z powodu sprężystości prętów przechować w okrągłym sztućcu lub zwykłém pudełku, tak, że go każdy lekarz może mieć przy sobie.

II. Z prosektoryjum szpitala powszechnego we Lwowie.

Włókniak po części tłuszczak śluzakowaty (Köster) więzu przedkręgowego.

Opisał Dr. W. Pisek,

b. asystent katedry anatomii patolog. Uniw. Jagiell., obecnie lekarz szpitala powszechnego lwowskiego.

(Dokończenie. Patrz Nr. 11).

P r z e k r ó j guza makroskopowo przedstawiał się rozmaicie w miarę miejsca przecięcia. Części guza głębsze były więcéj jednostajne, białawe, twarde, połyskujące, tu owdzie wolném okiem spostrzedz dające uwłóknienie. Powierzchowne znów guzowatości, już przy dotyku miększe, okazywały częścią utkanie prawie całkowicie tłuszczowe, miękkie, zrazowe, to znów powierzchnię przekroju nierówną wypuklającą się, o zabarwieniu żółtawém lub więcéj szarawém, do galarety podobném. Miejscami guzy te były nader soczyste, jak gdyby surowiczo obrzękłe. Dotyczy to szczególnie miękkich mas nowotworowych, położonych pod zagięciem wątrobowém jelita grubego. Gdzieniegdzie, mianowicie pośród guzów galaretowatych więcéj i miękkich, można

nawet było spostrzedz drobne jamki, gęstą, lepką, szklistą treścią wypełnione, nieraz w kilkoro obok siebie położone. Pomiędzy guzami miększemi przebiegały pasy białawéj, twardéj, włóknistéj tkanki tegoż samego rodzaju, jaka znachodziła się w utkaniu głębszych części guza i z temiż w związku pozostające. Nadto miejscami guzy na znacznych przestrzeniach przedstawiały na przekroju utkanie tłuszczowe, gronkowe; dotyczy to mianowicie części górnych nowotworu. Spójność guzów tak dalece była różną, że podczas gdy części środkowe i głębsze nowotworu były twarde, miejscami w dotyku nadzwyczaj twarde, to znów guzy powierzchowne, szczególnie po stronie prawéj położone, miękkością swą za dotykiem kazały się domyślać treści prawie płynnéj. Niektóre z nich łudziły przed nacięciem chełbotaniem prawie, czego jednakowoż po dokładném zbadaniu nigdzie nie stwierdzono.

Pomimo tak znacznych różnic makroskopowych wynik badania drobnowidowego był niezbyt urozmaicony. Oczywista, że nie poprzestawałem na kilku lub kilkunastu preparatach, nadmienić jednakowoż muszę, że niektóre części w spirytusie bardzo mało tylko stały się twardszemi, co się téż ich budową tłumaczy.

Przeważna część guza przedstawia pod drobnowidem tkankę łączną falistą, czasem gęsto poplątaną; włókna były tuż obok gęsto jedno przy drugiém ułożone, podczas gdy ognisk drobnokomórkowych lub okolic obfitujących w znaczniejsze choćby rozprószone kępy komórkowe było bardzo niewiele.

Wśród tak zbitéj tkanki włóknistéj i na przekroje naczyń krwionośnych nie często trafiałem, tak, że w ogóle części głębsze guza czyniły wrażenia utkania bardzo ubogiego w naczynia krwionośne, gdzie zatém sprawa odżywcza zależała więcéj od krążenia miąższowego, śródtkaninowego niż od układu naczyniowego krwionośnego, tak słabo tylko rozwiniętego.

Części nowotworu miękkie, jakby chełboczące, przedstawiały mikroskopowy obraz właściwy tak zwanym śluzakom (*Myxoma*). Wśród jednostajnego szklistego tła znachodziły się nieliczne komórki podługowate, czasem rozgałęzione, gwiazdkowate o treści drobnoziarnistéj, rzadko tylko wyraźniejsze jądro okazujące. Miejscami znów widoczne były komórki o treści w mniejszym lub większym stopniu tłuszczowo przeobrażone lub téż, w guzach makroskopowo tłuszczowych, wybitne utkanie tłuszczowe. Nadto można było stwierdzić wśród utkania okazującego makroskopowo tylko ogniska żółtawo-tłuszczowe, pod drobnowidem różne okresy przeobrażenia się tłuszczu, a w częściach graniczących z tkanką śluzakowatą widoczne były obrazy, przemawiające jakby za przejściem jednego utkania w drugie, to jest śluzakowatego w tłuszczowe. Blaszki kostne, znachodzące się w pobliżu kręgów a wśród mas nowotworowych położone, w przeważnéj części przedstawiały tylko złogi soli wapniowych bez wybitnéj budowy tkance kostnéj właściwéj. Tylko te blaszki, które w bezpośrednim a ścisłym związku zostawały z trzonami kręgowemi, przedstawiające jakby ich soplowate wyrośle, okazywały miejscami wydatniejsze utkanie kostne.

Rozpoznanie anatomiczne w protokole z oględzin pośmiertnych podanym brzmiało: *Fibroma partim lipoma oedematosum retroperitoneale myxomatodes ligamenti longitudinalis col. vertebr. anterioris* (*fasciae praevertebralis abdominis*) *ingens, subsecuta dislocatione extrema intestinorum. Compressio et atelectasis partialis pulmonis utriusque atrophici. Ecchymoses pleurae utriusque et epicardii. Dilatatio cordis adipose degenerati. Hyperaemia passiva hepatis et renum. Hydrops anasarca enormis. Scoliosis columnae vertebralis thoracicae et lumbalis dextra convexa majoris gradus. Oedema acutum pulmonis utriusque. Marasmus senilis.* Ciężar całego guza = 24·5 kilog., obwód guza przeszło $1^1/_3$ metra.

Że guz nie stał w związku z jajnikiem, wynika już z téj okoliczności, że odległość jajników od guza wynosiła 3—4cm. (którato przestrzeń należała do więzadeł szerokich). Długość jajników wyciągniętych w wysokim stopniu wynosiła 7cm. (obok macicy 3+4cm. = 7cm. długiéj)!

Z opisu widać, iż miałem przed sobą guz niezwykłych rozmiarów, może u nowotworów zaotrzewnowych o rozmiarach dotąd niebywałych. Znaną jest rzeczą, że nowotwory t. zw. łagodne, lub według wyrazownictwa Virchowa homologiczne grupy tkanki łącznéj, dosięgają olbrzymich nieraz rozmiarów. Dotyczy to zazwyczaj nowotworów włókniakowych, czyli t. zw. włókniaków (*Fibromata „mollia“ aut „dura“*), lub téż tłuszczaków (*Lipomata*) usadowionych w skórze lub w tkance podskórnéj itd. Nowotwory wszelako tego rodzaju jak powyżéj opisany, t. j. z jamy brzusznéj wychodzące, względnie z tkanki zaotrzewnowéj, należą do zboczeń rzadszych i przedstawiają wiele szczegółów ciekawych.

I tak co do rozmiarów guza i zboczeń topograficznych trzew brzusznych a po części i piersiowych. Obwód wyjętego guza w wysokości pępka wynosił przeszło półtora metra, wymiar podłużny blisko dwa razy tyle. Jelita cienkie w górnym swym odcinku pod guzem umieszczone w przeważnéj części były swobodne, funkcyjonowały należycie; jelita zaś grube w dolnéj połowie unieruchomione i spłaszczone z trudnością tylko wydalały kał. Pomimo przeszkód w krążeniu treści jelitowéj nie było rozszerzenia okrężnicy wstępującéj ani téż rozszerzenia dwunastnicy lub żołądka. Że chora nie zginęła skutkiem inanicyi, widać już z obecności dość znacznego pokładu tkanki tłuszczowéj podskórnéj, a zatém dowóz żywności, przeróbka téjże, szły torem wprawdzie zwolnionym, jednakowoż do utrzymania życia dostatecznym. Daleko zgubniejsze jednak skutki wywierał nowotwór na czynności oddechania. Przepona niezwykle wysoko ku górze wyparta, ścieńczała, była prawie unieruchomioną, bezwładną. Ruchy klatki piersiowej, niedostateczne z powodu przeszkód mechanicznych, nie wystarczały; ztąd i wymiana gazów krwi upośledzona, zmiany następowe w chemizmie i mechanizmie krążenia krwi, w końcu nieunikniona puchlina ogólna. Liczne świeże wybroczyny na opłucny i osierdziu najwymowniej świadczą o zboczeniach krążenia. Dla czego bezpośrednich objawów uciskowych na naczynia krwionośne jamy brzusznéj nie było, wspomniałem powyżéj.

I pod względem budowy histologicznéj nowotwór nasz należy do rzadszych. Obok znacznych guzów, noszących wybitne piętno guzów włókniakowych, napotykamy i inne utkania wprawdzie téj saméj grupy histogenetycznéj, jednakże makroskopowo nadające niektórym częściom nowotworu odmienne wejrzenie. W ogólności mieliśmy tu kombinacyję trzech utkań grupy tkanki łącznéj, a mianowicie tkanki tłuszczowéj rozwiniętéj, tkanki śluzakowatéj, odpowiadającéj tkance tłuszczowéj embryjonalnéj, tkance znachodzącéj się u noworodka w pępowinie w galarecie Warthona, u człowieka zaś dorosłego jedynie i to zmieniona znachodząca się w ciałku szklaném oka, wreszcie przedstawiał nasz nowotwór w swéj przeważnéj części utka-

nie tkanki łącznéj właściwéj falistéj. Z tych właśnie względów, a szczególniéj z przyczyny dość znacznego udziału utkania śluzakowatego i tłuszczowego zaliczyłbym powyższy nowotwór do rzadszéj grupy nowotworów zbliżonych bardzo do tych, które **Köster** (*Sitzungsberichte der niederrhein. Ges. f. Natur. u. Heilkunde* 17 Januar, 1881) obejmuje mianem: **Lipoma oedematosum myxomatodes.** Madelung opisuje takiż nowotwór wychodzący z krezki jelita cienkiego. W przypadku tym wyciął Madelung wraz z guzem i kawałek jelita cienkiego [1]) Część nowotworu była miękką ciastowatą i podobną „do pęcherza o ścianach cienkich a napełnionego żelatyną napęczniałą“. Przekrój utkania tego był jednostajnie szarawy nieco przeświecający. Główna masa nowotworu zaś przedstawiała się jako bezładna mięszanina obu rodzajów nowotworu (t. j. tłuszczaka i śluzaka). Szczegóły te w zupełności odpowiadają guzom naszego nowotworu położonym w sąsiedztwie okrężnicy wstępującéj i poprzecznéj poniekąd i częściom środkowym nowotworu bliżéj powierzchni leżącym. Co do przesiąknięcia surowiczego utkania nowotworowego, o którym autorowie wyżéj wymienieni wspominają, to i w naszym przypadku okazywały owe masy nowotworowe téż same właściwości. Z naciętych miejsc sączył się płyn i to w dość znacznych ilościach, jednakowoż nie tak jak w przypadku Madelunga, iżby nowotwór po kilku dniach „stracił czwartą część obwodu i wagi.“

W literaturze znanych jest kilka przypadków podobnych, gdzie, jak z opisu wynika, utkanie nowotworów przedstawiało wielkie podobieństwo do obrazu powyż skreślonego. I tak należy tu poniekąd przypadek Waldeyera (*Virchowa Archiw*, T. XXXII, p. 543) u kobiety 30-letniéj. Nowotwór (tłuszczo-śluzak) wychodził z miejsca uczepienia się krezki a ważył 63 funty, a co dziwniejsza w płucach i wątrobie znalazły się przerzuty „tłuszczo-śluzakowe“, pomimo że nowotwór pierwotny miejscami okazywał utkanie mięsakowate. Spencer Wells operował w r. 1867 tłuszczak z krezki wychodzący a ważący około 32 funty (Madelung l. c.). Wreszcie i sam miałem sposobność dokonania sekcyi będąc jeszcze asystentem w Krakowie na zwłokach dziewczęcia 18 letniego, z olbrzymim włókniakiem tkanki zaotrzewnowéj. Przypadek ten opisał Dr. Mars (z kliniki prof Dra Madurowicza. Przegląd Lek., 1879, Nr. 25). Włókniak ten 34cm. szeroki a 49cm. długi ważył 15 kilog. pod względem rozmiarów zatém mniéj więcéj o połowę mniejszy od nowotworu, którego opis obecnie podaję.

Na zakończenie nie mogę pominąć jeszcze jednego szczegółu, a mianowicie chełbotania. Tak Madelung (l. c.) jakotéż i inni autorowie wspominają, że nietylko za życia chorych, ale już gdy nowotwór był wyłuszczony, przedstawiał w pewnych częściach swych typowe chełbotanie. I w naszym przypadku zdawało się, że niektóre przynajmniéj części nowotworu będą torbielowo przeistoczone. Dopiero nacięcie wykazało mylność tego zdania i jako przyczynę objawu szczególniejszy rodzaj utkania mas nowotworowych. Okoliczność ta dla rozróżnienia za życia jest nader wielkiéj wagi.

III. Zarośnięcie pochwy macicznéj nabyte. Wyleczenie za pomocą operacyi.

Napisał Dr. Maksymilijan Kohn.

(Dokończenie. Patrz Nr. 12).

Przechodząc do opisu samego rękoczynu tylko ogólne zasady zaznaczyć nam wypadnie, gdyż szczegóły zawsze zależnemi będą od okoliczności towarzyszących każdemu poszczególnemu przypadkowi, t. j. umiejscowieniu zarośnięcia i jego rozciągłości.

Dawniéj rozmaitemi operowano sposobami. W początkach wieku bieżącego Dubois i Boyer zalecali punkcyję krwisteku przez odbytnicę. Scanzoni polecał tę metodę a Backer-Brown używał jéj jeszcze w nowszych czasach, przyczém starano się o urządzenie stałéj przetoki odbytnico-pochwowéj. W nowszych czasach używał tego sposobu Greenhalgh, ale tylko jako wstępu do następnego wytworzenia nowéj pochwy, chcąc przez to zapobiedz niebezpiecznym pęknięciom trąbek, jakkolwiek brak krwisteku znowu utrudniał mu późniéj samą operacyję pochwową.

Simon proponował punkcyję przez męcherz i pozostawienie przetoki z miejsca krwisteku do męcherza, czyli wprowadzenie takich stosunków a razem i niedogodności, jakie mamy po sztucznéj *occlusio vaginae*, którą się wykonywa w obec przetok męcherzo-pochwowych nieuleczonych już w inny sposób.

Le Fort próbował otwierać zarośnięcia pochwy galwanokaustyką, lecz nie znalazł naśladowców.

Pierwszy Amussat tylko na tępéj drodze zarośnięcia takie operował w kilku posiedzeniach, a dziś choć jego metoda nie w zupełności się utrzymała, uznano jednak korzyści tępego postępowania, o ile ono jest nie nazbyt wiele siły wymagającém.

Dziś ogólnie przyjętym sposobem operowania jest następujący (Hegar i Kaltenbach):

Układamy chorą na wznak z rozłożonemi nogami przy saméj krawędzi stołu. Haczykami lub cążkami kończastemi (*Kugelzangen*) chwytamy od przedniéj i tylnéj ściany pochwowéj miejsca tuż przed zrośnięciem położone, aby je wyprężyć. Cewnikiem do męcherza, a palcem do odbytnicy wprowadzonym kontrolujemy grubość warstwy między niemi położonéj i tym sposobem wystrzegamy się zrobienia fałszywéj drogi, prowadzącéj do męcherza lub odbytnicy. Napiętą bliznę lub błonę wrzekomą nacinamy na szczycie skalpelem w linii poprzecznie przebiegającéj, oddalonéj równo od cewki moczowéj i odbytnicy. Daléj staramy się narzędziem tępém lub palcem utorować sobie dalszą drogę przez zrosty. Im daléj w ten sposób dostajemy się, w téj mierze téż i haczyki lub cążki posuwamy daléj naciągając nową pochwę ku sobie. Zrosty twardsze, stanowiące mostki w rodzaju sznurków, krótkiemi cięciami noża lub nożyczek przecinamy. Doszedłszy w ten sposób do obrzęku wypuklającego się, utworzonego przez nagromadzoną poza zrostami krew lub płyn, ostrożnie pod kontrolą palca w odbytnicę wprowadzonego przebijamy tenże trójgrańcem albo po wyjęciu kolca pozostawiamy umocowaną należycie kaniulę w otworze kończąc na tém rękoczyn albo téż bisturem na sondzie rowkowanéj rozszerzamy ten otwór. Breisky używa osobnego narzędzia, którém i przekłucie i następowe rozszerzenie otworu uskutecznia.

Wspomniawszy w krótkości o rozwoju operacyi zarośnięcia pochwowego przechodzę do historyi choroby naszego przypadku, ilustrującego powyższe uwagi, jakkolwiek niektóre różnice od zwykłego typu przedstawiającego.

Dnia 15 lutego b. r. zgłosiła się do mnie i do kolegi Dra Jodłowskiego młoda wieśniaczka z okolic Krakowa szukając u nas rady lekarskiéj, gdyż po przebytym przed kilku miesiącami porodzie „zarosło jéj przyrodzenie“. Regina K.

[1]) *Exstirpation eines vom Mesenterium ausgehenden Lipoma oedematosum myxomatodes mit partieller Resection des Dünndarmes Heilung. Berl. klin. Woch.* Nr. 7, r. 1881.

lat 25 mającą, prócz ospy i osutek w wieku dziecięcym przebytych nigdy nie chorowała. Od 15 roku życia miesiąsiączkowała bardzo regularnie w odstępach 4-tygodniowych przez 3 do 4 dni bez boleści niezbyt obficie. Przed 2½ rokiem poszła za mąż i blisko w rok później zaszłapiła. Podczas ciąży nie miała żadnych cierpień ani dolegliwości. W prawidłowym czasie, t. j. w lipcu 1882 r., wystąpiły bóle porodowe, a wezwana do pomocy babka wiejska cztery dni po odpływie wód płodowych pocieszała ją z godziny na godzinę ukończeniem porodu. Dopiero kiedy bóle ustały zupełnie i chora wycieńczona na siłach została samą, gdyż babka wtedy uciekła od niéj, posłano po lekarza, który zastał płód nieżywy w położeniu czaszkowém z główką nisko ustawioną i zupełny brak bólów. Podał choréj wyciąg sporyszowy, a wywołane nim bóle porodowe dokończyły same porodu wypychając zmiękłą już przez śmierć dziecka główkę bez pomocy narzędzi. Chora nasza w połogu była jak zwykle u naszego ludu bez wszelkiéj opieki lekarskiéj, mimo że ciężko chorowała gorączkując długi czas i przez 6 tygodni nie mogąc się podnieść z posłania. Bliższych szczegółów o odchodach połogowych itd. ani ona ani nikt z otoczenia podać nie umie. Kiedy po sześciu tygodniach przyszła nieco do siebie, spostrzegła, że jéj kanał rodny jest zamknięty, że, jak się wyraża, przyrodzenie jéj zarosło. Wstydziła się jednak przyznać komukolwiek, tém więcéj, że znaczenia téj zmiany ocenić nie umiała. Dopiero w czwartym miesiącu po porodzie dostała w brzuchu i krzyżach kurczów i boleści, które trwały kilka dni i odtąd regularnie co 4 tygodnie się powtarzały, stając się za każdym razem silniejszemi, przyczém nigdy ani kropelka krwi się nie pokazała. Boleści te, jak niemniéj okoliczność, że pożycie z mężem było niemożliwém, zmusiły ją wreszcie do szukania rady lekarskiéj.

Badanie choréj podjęte wspólnie z kolegą Jodłowskim wykazało stan następujący: Kobieta wzrostu małego, licho odżywiona, blondyna, o skórze żółtawéj. Na prawéj stronie szyi blizny pościągane, które chora do przebytéj przed laty ospy (?) odnosi. Narządy klatki piersiowéj, tętno i ciepłota ciała nie przedstawiają żadnego zboczenia od stanu prawidłowego. Sutki wiotkie, pokryte pomarszczoną podściółki tłuszczowéj pozbawioną skórą. Brzuch miękki dobrze badać się dający nie przedstawia żadnych nieprawidłowości. Rękę można nad spojeniem kości łonowych lub nad pachwinami głęboko wgnieść nie czując żadnego obrzęku lub macicy. Srom dobrze włosem pokryty, wargi większe zwarte, międzykrocze nienaruszone, pachwiny ciemno zabarwione, odnogi dolne nieobrzmiałe, nie przedstawiają nigdzie żylaków. Rozwarłszy dobrze wargi sromowe znajdujemy ujście cewki moczowéj, łechtaczkę i przedsionek barwy prawidłowéj, wilgotne nieowrzodzone. W wejściu do pochwy fałd przedniéj ściany długością poprzecznie przebiegający ułożony na takimże fałdzie tylnéj ściany pochwowéj, między oboma linija dzieląca je, poprzecznie też przebiegająca, jest twardą blizną linearną łączącą dokładnie bez najmniejszego otworka przednią i tylną ścianę pochwy tuż w wejściu i stanowiąca w ten sposób zupełne zarośnięcie pochwy. Próbując w miejscu zarośnięcia całą siłą wcisnąć palec w kierunku pochwy natrafiamy na silny opór twardéj, chrząstkowatéj prawie blizny niepodatnéj i ani na 1cm. palcem w głąb wtłoczyć się niedającéj. Dalsze badanie zostało więc zwrócone na inną drogę, t. j. przez pęcherz i odbytnicę. Cewnik założony do pęcherza nie wykazał ani kierunkiem ani dotykiem nic, coby sprawę rozjaśnić mogło. Palcem wprowadzonym do odbytnicy, któréj zdziergacz silnie działał, czuć można było zwiększony opór przedniéj ściany a samym końcem palca część pochwową macicy niepowiększoną. Dopiero badanie skombinowane więcéj wykazało. Obniżywszy narządy miednicy ręką lewą nad spojeniem kości łonowych powłoki brzuszne w głąb i na dół wygniatającą, palcem wskazującym ręki prawéj w odbytnicę głęboko w kierunku kości krzyżowéj poza trzeci zdziergacz wprowadzonym dostać się można było poza macicę. Zgiąwszy wtedy palec w łuk ku przodowi wklęsły, brzuścem jego wymacać było można dobrze kontury macicy i sąsiednich narządów. Okazało się, że macica niepowiększona, konsystencyi niezmienionéj, prostopadle ustawiona w należytéj wysokości położona, palcem naprzód od tyłu nieco posunąć się dająca, przyczém *ligam. sacro-uterina* i *lata* podatne; jajniki niepowiększone, dobrze ruchome, przy dotyku niebolesne; trąbki nie okazują żadnego obrzęku; jama Douglasa całkiem wolna; brak w miednicy i parametryjach wszelkiego nieprawidłowego obrzęku. Rozmiary i budowa miednicy kostnéj nie przedstawiały zboczeń. Zeszedłszy teraz końcem palca do kielicha odbytnicy, i zwróciwszy go brzuścem ku przedniéj ścianie, założono cewnik do pęcherza i badano teraz części między palcem a cewnikiem położone. Stwierdzono, że warstwa dzieląca cewnik od palca jest dość cienką, że od ujścia pochwowego do macicy biegnie środkiem nieco sprężystsza i twardsza, płaska a na palec szeroka nieprzesuwalna zgrubiałość, jakby wstęga się przedstawiająca, niczém niewypełniona.

Na podstawie tego badania rozpoznano: *Atresia vaginae completa acquisita.* Brak krwisteku znaczniejszego, dającego się rozpoznać, był tu na pozór w sprzeczności z podaniem choréj, iż od kilku miesięcy w regularnych 4 tygodniowych odstępach miała znaczne dolegliwości, oznaczające zapewne miesiączkę w skutek zapory na zewnątrz się nieobjawiającą. Okoliczność ta różniła także nasz przypadek wybitnie od znanych mi z literatury opisów, gdzie przy opisach atrezyi nabytéj zawsze o następowym krwisteku była mowa. Tłumaczyliśmy sobie ten ujemny wynik badania w ten sposób, iż ciężkim porodem i długotrwałą chorobą w połogu wyniszczona chora nie doszła jeszcze do tego stopnia ozdrowienia, aby miesiączkowanie powróciło, jak to w rozmaitego rodzaju charłactwie, niedokrewności, błednicy itd. nie rzadko się zdarza, a dolegliwości w czasie miesiączki, mającéj się pojawić a jednak niepojawiającéj się, wydarzają się także podczas braku miesiączki z rozlicznych powodów.

Okoliczność ta obniżyła naturalnie w wysokim stopniu niebezpieczeństwo grożące choréj śród operacyi, takową jednak znacznie utrudniała przez brak obrzęku wskazującego kierunek, w którym i do którego dążyć należało.

Uprzedzenie niestety u naszego ludu przeciw publicznym zakładom zdrowotnym bardzo jeszcze rozpowszechnione było powodem, iż chora do kliniki lub szpitala udać się nie chciała i prosiła o uskutecznienie w mieszkaniu prywatném operacyi, któréj niebezpieczeństwa przed nią nie tajono. Zdecydowaliśmy się więc nie odwlekać rękoczynu, gdyż chora nasza właśnie nie dawno przebyła czas wrzekomo miesiączkowy a zaleciwszy jéj w dniu tym jeszcze kąpiel i użycie leku czyszczącego nazajutrz, t. j. 16 lutego b. r. przed południem, przystąpiliśmy do operacyi.

Chorą ułożono na wznak na stole odpowiednio uściełonym, krzyżami przy jego krawędzi. Nogi podniesione w górę i rozłożone podtrzymywano. W umyślnie niezupełnéj narkozie, uskutecznionéj przez kolegę Jodłowskiego, założyłem

cążki haczykowe po jednéj parze na fałd przedniéj ściany i na fałd tylnéj ściany pochwowéj tuż przy zarośnięciu i za ich pomocą liniję poprzeczną blizny dobrze naprężyłem. Miejsca do nacięcia ani wybierać ani szukać nie trzeba było, gdyż było ono linearną blizną wyraźnie wskazane. Tę więc od prawéj ku lewéj stronie naciąłem bisturem na 2—3cm. głęboko w długości około 2½cm. Teraz próbowałem palcem i trzonkiem bistura w utworzonéj ranie torować sobie drogę. Napróżno, gdyż tu jeszcze ciągle twarde, skrzypiące pod nożem utkanie bliznowate opierało się tym usiłowaniom. Dopiero, gdy przeszło 1cm. w głąb ostrzem noża zdążywszy trafiłem na opór mniejszy tkanin luźniejszych mogłem odłożyć bistur i palcem powoli linija za liniją pod ciągłą kontrolą cewnika w męcherzu i palca co chwilę do odbytnicy wprowadzanego posuwać się naprzód. Kiedy tak już z 2½cm. nowéj pochwy sobie zdobyłem, palec mój przy małém bardzo użyciu siły wpadł nagle w wolny worek, z którego wylało się kilkanaście kropli jasnego płynu. Już przestraszyłem się myśląc, że jestem w męcherzu, cewnik jednak oddzielony od palca jeszcze cienką warstwą uspokoił mnie znowu i pokazało się, że właśnie na dobréj jestem drodze, gdyż trafiłem tu na kawałek niezrośniętéj wolnéj pochwy, o gładkich ścianach mniéj więcéj 1cm. długi surowicą wypełniony. Lecz tu znowu napotkałem opór palcem przezwyciężyć się nie dający. Zdjąwszy cążki haczykowe z pierwotnego miejsca założenia, założyłem je teraz pod kontrolą palca u szczytu nowo utworzonego kanału na przedniéj i tylnéj jego ścianie a naciągnąwszy je dobrze ku sobie a równocześnie ku górze i dołowi w napięty tak szczyt czyli sklepienie tego przewodu, zrobiłem małe płytkie poprzeczne nacięcie końcem bistura. Tam wszedłszy palcem już łatwiéj daleko końcem palca rozsuwać zdołałem zrosty i doszedłem bez wielkich trudności aż do części pochwowéj macicy, od któréj do przedniego i tylnego sklepienia liczne dość silne przebiegały zrosty sznurkowate, które się jednak palcem poprzerywać dały i sklepienia uwolnione zostały. Usta zewnętrzne maciczne otwarte, macica niezmieniona.

Pokazało się więc, że owrzodzenia, które były powodem zarośnięcia pochwy, usadowione były w dwóch miejscach, t. j. w dość znacznym stopniu i przestrzeni przy ujściu pochwy i mniéj znacznie ale także 3 do 4½cm. wyżéj, gdyż w tych dwóch miejscach mieliśmy do czynienia z utkaniem bliznowatém, twardém, podczas gdy zresztą były to tylko zrosty lekko zlepiające ściany pochwowe ze sobą choć z wyjątkiem wolnego na 1cm. kawałka całą pochwę ściśle wypełniające a raczéj znoszące, które były tylko wynikiem sprawy zapalnéj błony śluzowéj pochwy, towarzyszącéj tylko owrzodzeniom wyż wspomnianym.

Główna czynność w ten sposób została załatwioną i pierwsze zadanie wypełnione. Pozostało mi jeszcze przygotowanie nowo utworzonéj pochwy do leczenia następowego, aby ono odpowiadało późniéj funkcyjom właściwym. Obszerność nowéj pochwy w dwóch miejscach okazała się niedostateczną, t. j. w miejscach, gdzie były zrośnięcia bliznowate twarde, czyli przy ujściu i 3cm. wyżéj. Przy ujściu dwóch palcy przez otwór nowy nie można było przeprowadzić; wyżéj jeden palec wskazujący dość ściśle objęty został pierścieniem tkaniny bliznowatéj. Takiż pierścień, jakkolwiek większy, ale za to też i nierównie grubszy, tworzyło koliste utkanie bliznowate u wejścia. Oba te pierścienie ponacinałem kilkoma cięciami głębokiemi, przez całą grubość blizny przechodzącemi i w ten sposób cały kanał tak się rozszerzył, że cienki wziernik aż do części pochwowéj macicy doprowadzić mogłem. Przestrzykawszy pochwę, wypełniłem całą tamponami z waty obsypanéj obficie proszkiem jodoformu. Chorą ułożono w łóżku i zalecono spokój i dyjetę. Krwi podczas całego rękoczynu uszło ledwo kilkanaście kropel. Operacyja z narkozą i opatrunkiem trwała niespełna godzinę.

Dalszy przebieg leczenia dotychczas był całkiem dobrym. Przez pierwszy tydzień zakładano tylko zawsze długi tampon w formie długiego wałka z waty obwiniętej gazą jodoformową. Po tygodniu przeszliśmy do środków stałych w celu dylatacyi i wybraliśmy na ten cel za najodpowiedniejsze wzierniki kauczukowe dziurkowane, używane zazwyczaj do kąpieli, gdyż taki wziernik wypełniony lekko watą karbolową najlepiéj można i wprowadzić i umocować opaską, albowiem zaopatrzony jest trzonkiem, a nie potrzeba go zmieniać, gdyż dziurki jego dobrze przepuszczają wszelką wydzielinę, która jakkolwiek tylko surowicza dotychczas zawsze jeszcze jest stosunkowo dość obfitą. Dobieranie coraz grubszych takich wzierników doprowadzi nas, sądzę, w niedługim czasie do tego, iż pochwa będzie i dość obszerną i gładką. Chora nasza od tygodnia już opuściła łóżko, czuje się zdrową i zajmuje się lżejszą czynnością domową.

IV. Z Zakładu sądowolekarskiego prof. Blumenstoka w Krakowie.

Uwagi nad sądowolekarskiém badaniem plam nasiennych.

Podał Dr. Ignacy Schaitter,
demonstrator przy tymże Zakładzie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 11).

Już sama mnogość sposobów podawanych, licznych poprawek i dodatków świadczy najlepiéj, że badania tego rodzaju nie są tak łatwemi, jakby sądzić można z opisów podawanych w podręcznikach sądowolekarskich a autorowie opisujący rzecz bez zwrócenia uwagi na nadzwyczajne trudności, napotykane nieraz wśród badań tego rodzaju, przyznają sami, że często nie udawało im się żadnym sposobem rozstrzygnąć pytania, czy plama jakaś jest nasienną lub nie. Zbyteczną zdaje nam się wzmianka, że z góry uczyniliśmy rozbrat ze sposobami chemicznemi podawanemi nawet w ostatnich latach; tu przedewszystkiém wymienić wypada sposób L a s s a i g n e'a (6), polegający na użyciu odczynników chemicznych i wszystkie inne zdążające do rozstrzygnienia sprawy już to za pomocą przekroplenia już to za pomocą stosowania odczynników i barwików wprost na plamę bez używania mikroskopu. Nie chcemy twierdzić wcale, jakoby plamy nasienne nie miały okazywać reakcyj chemicznych odrębnych, ale musimy wyraźnie podnieść, że jeżeli nam chodzi o pewność, to sposoby chemiczne są niedostatecznemi a szkoda tylko materyjału zepsutego niepotrzebnie na te próby, gdy drogą mikroskopową możnaby było może na zniszczonéj tkaninie wykazać plemniki. W innych rodzajach dochodzeń może nam być pomocną obfitość sposobów rozpoznawania, w dochodzeniu plam nasiennych musimy śmiało uznać wszelkie oddziaływanie chemiczne za zbyteczne, skorośmy ujrzeli chociażby jeden plemnik nie uszkodzony; dopóki tego nie widzimy, nie powinniśmy nigdy orzekać stanowczo, gdyż każda tkanina obfituje w krótkie niteczki podobne do ogonków i ziarenka przypominające główki plemników.

Przechodząc teraz do systematycznego przedstawienia doświadczeń własnych, zastanowimy się przedewszystkiém, jakie czynniki wpływają niekorzystnie na rozpoznanie plamy nasiennéj. Chcemy tutaj mówić tylko o plamach pochodzących z nasienia fizyjologicznego, tj. zawierającego plemniki, a tém samém odmawiamy cech charakterystycznych plamom powstałym z nasienia ludzi cierpiących *aspermatismus*, tj. brak plemników w nasieniu, podobném zresztą do prawidłowego, na które to zboczenie chorobowe Casper zwrócił uwagę. Wśród czynników zazwyczaj utrudniających a czasem uniemożebniających tego rodzaju badania wypada wymienić po pierwsze: wpływy mechaniczne, na które przedmiot badany bywa przed tém narażany, powtóre bezbarwność plemników, a po trzecie nader małe ich rozmiary i wnikanie z cieczą nasienną pomiędzy najdrobniejsze włókienka tkanin. Pierwsza szkodliwość, tj. wpływy mechaniczne, uwydatniają się znakomicie na przedmiotach miękkich i podatnych, jak tkaninach i włosach; miałyby one niezawodnie mniejsze znaczenie w obec plam na przedmiotach twardych, gdyby właśnie badanie plam nasiennych na szkle, metalu lub drzewie nie należało do nadzwyczaj wyjątkowych. Umaczawszy dwa płatki płócienne w nasieniu i mnąc jeden z nich między palcami po poprzedniém dokładném wysuszeniu, można być pewnym, że się mimo najskrupulatniejszego badania mikroskopowego nie spostrzeże ani jednego całego plemnika, podczas gdy z kawałka, który nie był narażony na międie i tarcie można nawet po roku uzyskać liczne plemniki w całości. Ale nie tylko tę niedogodność pociąga za sobą międie i tarcie plamy nasiennéj, jest ono główną przyczyną, że plama nasienna na bieliźnie traci w zupełności swoje cechy fizyczne, mianowicie tęgość, mocniéj zaznaczone brzegi, nadające jéj pewne podobieństwo do plam na starych mapach i pewien połysk, cechy nieocenione i jedyne wskazówki, którą część i które nitki badanego ubrania należy poddać skrupulatnemu postępowaniu. W równéj mierze uwydatnia się szkodliwość wpływów mechanicznych wśród badania włosów, na których mogły pozostać resztki nasienia. Ztąd pochodzi, że gdy sporządzimy preparat z włosów namoczonych w nasieniu, wysuszonych i przechowanych starannie w jaszczyku szklanym, możemy po dłuższym czasie otrzymać na polu widzenia liczne plemniki poprzylepiane do włosów, podczas gdy badanie włosów z części płciowych osób zgwałconych nader rzadko dąje rezultaty dodatnie, i ta właśnie okoliczność nie dozwala nam przypuścić, aby włosy odrysowane w dziele Pfaffa, oblepione całkowicie nie tylko plemnikami ale i nawet kryształami nasiennemi a pochodzące rzekomo z warg sromnych osób zgwałconych, nie były należycie moczone w nasieniu świeżém w pracowni tego badacza. Nie potrzeba być wcale biegłym w dochodzeniach histologicznych, aby przyjść do przekonania, że małe jest prawdopodobieństwo znalezienia plemników na włosach, z któremi właścicielka chodziła pewnie jeszcze kilka dni po zamachu, które następnie uległy strzyżeniu i może były w papierze zwinięte noszone w kieszeni znowu przez czas pewien, zanim uległy badaniu.

O doniosłości wpływów mechanicznych przekonał się pierwszy Roussin i jemu téż zawdzięcza postępowanie karne francuskie, przepis praktyczny wyżéj wspomniony. Przepis ten zupełnie usprawiedliwiony nie został, ile nam wiadomo, nigdzie więcéj wprowadzony w wykonanie, a u nas Sądy przesyłają pocztą albo woźny sądowy przynosi przedmioty do badania zwinięte w tobołek i otulone w jedną większą sztukę, związane tylko szpagatem tak, jak się dostały do rąk sędziego i zalegały przez pewien czas kąt zapylonéj szafy sądowéj.

Z drugą przyczyną utrudniającą badanie, mianowicie bezbarwnością plemników, krócéj nam się sprawić wypadnie po tém cośmy na początku powiedzieli. Jak świadczy cały szereg usiłowań podjętych w ostatnich latach, usunięto tę trudność w znacznéj części przez zastosowanie barwików a mianowicie karminu. Ile nam wiadomo z literatury przedmiotu, nie uzyskały sobie sposoby barwienia ogólnego uznania; w ten sposób wyraża się o nich prof. Hofmann w encyklopedyi Eulenburga; w najnowszém zbiorowém dziele Maschki również nie znajdujemy nic nowego. Z tém wszystkiém powtórnie i z naciskiem podnieść nam wypada, że użycie barwików posuwa rzecz stanowczo naprzód i ułatwia znakomicie najmozolniejszą część pracy, bo szukanie pod mikroskopem. Chcąc wyrobić sobie stanowcze zapatrywanie na sprawę, nabyć dostateczuéj wprawy w tego rodzaju badaniach i ocenić użyteczność rozmaitych sposobów badania w poszczególnych przypadkach, używaliśmy do barwienia tkanin barwików anilinowych. Tutaj zaraz z początku uderzyć musi każdego nadzwyczajna podzielność i siła barwiąca tych przetworów tak, że nie wątpimy, iż kto raz użyje do tych poszukiwań barwików anilinowych, z pewnością nie zaniecha tego sposobu wśród dalszych prac w tym kierunku. Z góry jednak uprzedzić należy, że nie wszystkie barwiki anilinowe są w równéj mierze odpowiednie; w ogóle unikać należy barwików niebieskich i zielonych, gdyż po ich użyciu nie uwydatnia się wybitnie różnica pomiędzy ogonkiem a główką plemnika. Z szeregu doświadczanych barwików najodpowiedniejszym okazał się nam eozyn, nie złym jest również fuchsyn, mniéj się nadaje wiele w histologii używany wezuwin. Żaden opis nie zdoła zastąpić jednego spojrzenia pod mikroskop na preparat zabarwiony eozynem lub preparat nie zabarwiony, różnica jest uderzająca a ułatwienie i uprzyjemnienie trudnego zadania bardzo znaczne, co więcéj, sposób barwienia się główek jest tak charakterystycznym i dobitnie cechującym, że główki plemników oderwane a zabarwione można z pewnością same przez się jako takie rozpoznać, co w obec wszystkich innych sposobów postępowania było niemożliwém. Podnieść wreszcie należy, że stosując barwiki anilinowe a w szczególności eozyn, można śmiało badanie przedsiębrać w czasie znacznie krótszym: już po trzech godzinach odwilżania bywały nasze badania wieńczone pomyślnym rezultatem.

Co do trzeciéj przyczyny utrudniającéj badanie a mianowicie co do małych rozmiarów plemników i ich wnikania dokładnego pomiędzy najdrobniejsze włókienka tkaniny, to chcąc je uchylić, musimy przedewszystkiém przedsiębrać swoje badania przy odpowiedniém powiększeniu (400—500, Reichert *Object. 8 Ocul. 3*) a powtóre według rady Roussina tkaninę badaną we wodzie albo lepiéj w glicerynie rozskubać najdokładniéj na szkiełku przedmiotowém mikroskopu tak, aby ile możności włókienka nawet w grupach zbitszych obok siebie nie leżały. (Dok. nast.)

V. O Keratoskopii.

Przez Dra Bolesława Wicherkiewicza.

(Rzecz miana na Walnym zjeździe członków Towarzystwa Przyjaciół Nauk Poznańskiego dnia 21 grudnia 1882).

(Dokończenie. Patrz Nr. 11).

Jak z jednéj strony prostém i nader łatwém do zro-

zumienia dla każdego jest użycie keratoskopu, tak z drugiéj niemałe są korzyści dające się przezeń osiągnąć i tak:

1. W prędki sposób przekonać się możemy o prawidłowéj lecz nadzwyczaj silnéj niezborności (astygmatyzmie) rogówki. Wiadomo, że już w stanie fizyjologicznym rogówka w południku pionowym więcéj jest wypukłą aniżeli w poziomym, a u większéj przeważnie części oczu właśnie promienie załamujące się w poziomym południku wytwarzają na siatkówce dokładne obrazy przedmiotów. Nadmierna różnica wypukłości tych dwóch południków sprawia zboczenie w załamywaniu światła, a poznanie jéj w praktyce na znaczne nieraz, jak się zdaje, napotyka trudności. W świeżéj jeszcze mam pamięci przypadki, jakie w praktyce swéj często spostrzegam, że młodzi ludzie, którym chodzi o wstąpienie do jakiego zakładu, zwłaszcza do wojskowego, badani poprzednio pod względem bystrości wzroku, doznali téj przykrości, że ich nie przyjęto z powodu rzekomego osłabienia, a nawet krótkości wzroku.

Już samo badanie za pomocą wziernika przekonało mnie, że w wielu z tych przypadków bynajmniéj nie chodziło o słaby lub krótki wzrok, ile raczéj o wysoki stopień niezborności niedomiarowéj regularnéj. Przepisaniem odpowiednich szkieł osiągnąć się daje wzrok zupełnie nieraz wystarczający, jakiego dla owych zawodów ustawa wymaga.

Otóż w podobnych razach lekarzom mającym mniéj sposobności przyspożenia sobie biegłości w badaniu oczu przychodzi w pomoc prosty i niepozorny przyrząd, keratoskop. Badając takie przypadki przekonamy się, że pierścienie czarne w kierunku najmniéj wypukłego południka są przedłużone, mają więc formę elipsy, któréj mniejsza oś odpowiada silniéj łamiącemu południkowi.

W razach nieznacznéj nieprawidłowości rogówki, a bardziej jeszcze, jeżeli nam chodzi o dokładne oznaczenie południka nieprawidłowo wypukłego, użyć można z korzyścią drugiéj tablicy podług Dra Bergera w Gracu nieco większéj od pierwotnéj, bo o 26cm. średnicy. Do środka jéj przymocowany jest jak u tamtéj lecz nieco mniejszy cylinder, tak, że za pomocą tegoż osadzić można większą tarczę na mniejszéj. Przednia płaszczyzna większéj tarczy podzielona jest na promieniste paski czarne i białe, szerokie w obwodzie a szpiczasto kończące się w środku. Jeden z tych pasków jest czerwony. W położeniu powyżéj opisaném skręca się tarczę dopóty, dopóki promień czerwony raz największym a potém najmniejszym się nie przedstawi. Miejsca czerwonych promieni na odwrotnéj płaszczyznie brzegu wystającego nad mniejszą tarczę, oznaczone są białemi kreskami, które obwód mniejszéj tarczy na dwa równe łuki dzielą. Jeden z nich zawiera podziałkę. Przy okręcaniu większéj tarczy owe kreski białe wskazują najsłabiéj i najsilniéj łamiący południk na podziałce.

Niższe stopnie niezborności tak regularnéj jako też nieregularnéj nie dadzą się naturalnie oznaczyć lub wykazać naszym przyrządem, a to z powodu, że trudno w ogólności w znaczeniu matematycznem dokładne zupełnie wykreślić koło (nawet linije pionowe mniejszemi nam się zdają aniżeli równie wielkie poziome).

2. Daleko większe trudności od poprzednich przypadków przedstawiają nawet okulistom przypadki nieregularnéj niezborności; są to przypadki, w których nietylko różnica wypukłości pomiędzy południkiem pionowym a poziomym jest nadzwyczajnie wielką, a zatém nieprawidłową, ale gdzie w jednym i tym samym południku rogówka różną ma krzywiznę. Badając przypadki takie keratoskopem spostrzeżemy, że środek tarczy odzwierciedla się na rogówce odśrodkowo a koła są zupełnie nieregularne, jakby połamane.

3. Podobnie lecz w wyższym stopniu powstają w razach stożkowatości *(keratoconus)* przy odzwierciedlaniu figury keratoskopu na rogówce nieregularne często przerywane linije, a środek tarczy w obrazie podwójnym być się zdaje.

4. Bardzo łatwo przy pomocy keratoskopu przekonać się można o wzajemnym stosunku osi anatomicznéj i optycznéj, innemi słowy łatwo oznaczyć względną wielkość kąta zwanego γ, którego bokami są właśnie owe osie.

Skoro bowiem badany spogląda w środek tarczy, natenczas prawidłowo ciemny środek tarczy keratoskopu z okrążającemi go pierścieniami czarnemi nie odzwierciedli się w środku rogówki, lecz zboczy na wewnątrz, a zarazem ku górze lub ku dołowi w stosunku do linii pozioméj. Otóż przez miejsce, na które pada środkowy czarny punkt tarczy, przechodzi właśnie oś optyczna, a odległość tego punktu rogówki od jéj środka anatomicznego czyli od miejsca przejścia osi anatomicznéj stanowi łuk, a raczéj cięciwę kąta γ. Ponieważ jednak jedno od drugiego zależne, rzecz w niczém się nie zmieni, jeżeli wielkość łuku przyjmiemy za wielkość kąta.

W przykładzie obranym nazywamy kąt ów kątem dodatnim, jako odpowiadający warunkom fizyjologiczno-anatomicznym, w pewnych jednak razach, kąt ten może się stać nadzwyczaj wielkim, a to w razie zezowatości rozbiężnéj. Ujemnym zaś staje się kąt ten, jeżeli środek tarczy odzwierciedla się na zewnątrz od środka rogówki z pewném zboczeniem co do wysokości. Zdarza się to w razach zezowatości zbieżnéj.

Celem dokładnego zbadania tych stosunków przestrzegać wypada koniecznie: 1) ażeby badany, jak to już mówiliśmy, wpatrywał się najdokładniéj w środek otworu tarczy; 2) ażeby daléj badający starał się jak najwięcéj swojéj linii widzenia nadać kierunek linii widzenia badanego, a nadto tak trzymał przyrząd, aby płaszczyzna jego prostopadłą była do wspólnéj linii widzenia.

W ten sposób przystępując do rzeczy nie osiągniemy co prawda wyników, roszczących sobie prawo do ścisłéj, matematycznéj dokładności, ale w łatwy i szybki sposób przekonamy się, w przybliżeniu przynajmniéj, o stosunkach względnych, co nam zazwyczaj w celach praktycznych zupełnie wystarcza.

5. Lekkie zamglenia rogówki niedostrzeżone przy użyciu zwykłego sposobu badania uwydatniają się łatwo przy badaniu keratoskopem Placidy, a mianowicie w ten sposób, że koła tarczy zresztą prawidłowo odzwierciedlone okażą się w jedném lub drugiém miejscu jakby przerwane, zamazane. Chcąc w takich razach zbadać wszystkie części rogówki, każemy badanemu po kolei patrzeć na 4 różnokolorowe kwadraciki umieszczone w obwodzie tarczy Dr. Placidy.

Korzyści dające się osiągnąć za pomocą keratoskopu są wcale liczne. Ktoby chciał ich mieć więcéj, temu podajemy jeszcze do wiadomości, iż prof. Hasner *(Prag. Med. Wochenschrift)* starał się używać keratoskopu do oznaczenia stopnia napięcia oka, czyli zastąpić nim tonometer.

Może niejeden zapyta, jak przyrząd w odległości od gałki trzymany może dać nam pojęcie o tém, czy gałka jest mocniéj, lub słabiéj napiętą? A jednak tak jest!

Przy bliższém bowiem zastanowieniu się przekonamy się, że obraz keratoskopu może uledz w pewnych warunkach zmianie, która nam daje pojęcie o podwyższonem napięciu.

Nacisk na rogówkę prawidlową wywołuje spaczenie obrazu keratoskopowego; gdy jednak napięcie jest silne, nie łatwo nam się uda spaczenie takie naciskiem wywołać, a to właśnie służy Hasnerowi za miarę do oznaczenia stopnia napięcia. Czy postępowaniem tém ściślejsze i prędsze osiągniemy wyniki lub chociażby tylko równie pewne jak badając napięcie oka wprawnym palcem, tego przesądzać nie chcę. Co do mnie stanowczo przekładam ostatni zwykły a tak prosty sposób [1]).

W pewnych jednakże razach, a mianowicie, gdy czucie w palcach mniéj jest wyrobione, przyznaję i pod tym względem keratoskopowi jakieś znaczenie.

Otóż więc usługi, jakie nam ten prosty przyrząd oddać może, a przyznacie Panowie, że łatwo zaprzyjaźni się z nim każdy, gdyż wprawy nie wymaga on żadnéj, a dla ułatwienia badania lekarzowi dalekowidzącemu (*presbyop*) włożyć można w cylinder, umieszczony w środku tarczy, lupę Brückego. Ostatnia nadto przydatną być może w razach, gdy chcemy obraz odbity od rogówki widzieć powiększony.

Chcąc na własném oku śledzić wszystkie przytoczone wyżéj stosunki siadamy tyłem do okna. Keratoskop trzymamy tak przed sobą jakby przed badanym, a w zwierciedle, które umieścimy w otworze tarczy, zobaczymy własne oko z obrazem od niego odbitym. Nie wątpię téż, że przez następne ulepszenia przyrząd ten jeszcze udoskonalonym być może, sądzę nawet, że przez umieszczenie skali odzwierciedlającej się na rogówce przy trzymaniu keratoskopu w pewnéj zawsze odległości, będzie można dokładne przedsięwziąć wymiary rogówki, a tak keratoskop zrobić zarazem keratometrem i zastąpić nim drogie oftalmometry.

W takich razach korzystniejszém będzie użycie zamiast kół Placidy figury promienistej Greena, która nam ułatwi oznaczenie promienia krzywizny rogówki, a to według formuły $r = 2\frac{a\beta}{b}$, jeżeli r jest owym promieniem, b wielkością przedmiotu odzwierciedlającego się (a zatém promienia tarczy) a = odległości keratoskopu od rogówki, β zaś = wielkości obrazu odzwierciedlonego [2]).

VI. Oceny i sprawozdania.

Kraske, Czerny: O konieczności odjęcia jądra w niektórych przypadkach doszczętnéj operacyi przepuklin mosznowych.

Jednę z największych trudności w doszczętnéj operacyi wrodzonych lub nabytych, a długo trwających przepuklin pachwinowych stanowi oddzielenie sznurka nasiennego od worka przepuklinowego, zwłaszcza w razach, gdy sznurek nasienny nie tworzy jednéj całości, lecz poszczególne części składowe porozrzucane są wśród ściany worka przepuklinowego i z nim mocno zrośnięte. Jeżeli więc w takich przypadkach odosobnienie worka przepuklinowego nie da się uskutecznić, natenczas nie pozostaje nic innego, jak albo oddalić jądro wraz z sznurkiem nasiennym lub zaniechać operacyi doszczętnéj i zostawić bramę przepuklinową otwartą, co jednak nie jest rzeczą dla chorego obojętną, zwłaszcza jeżeli z wydartéj sieci nie można zrobić czopa zatykającego bramę przepuklinową.

Doświadczenie jednak poucza, że nawet w razach, gdy do odosobnienia worka przepuklinowego potrzeba użyć nieco większéj siły, tak że naczynia i nerwy jądra zostają mocniéj naciągane, może przyjść do obumarcia jądra, i taki właśnie przypadek zdarzył się w klinice Volkmanna. U 26 letniego silnego i zdrowego mężczyzny postanowiono z powodu przepukliny nabytéj a sprawiającéj choremu znaczne dolegliwości wykonać operacyję doszczętną. Po odsłonięciu worka przepuklinowego pokazało się, że części składowe sznurka nasiennego porozrzucane były wśród ściany worka, i śród jego odosobniania znacznemu uległy naciąganiu, reszta operacyi odbyła się bez żadnych przeszkód, z wyjątkiem że podczas otwierania worka przepuklinowego przecięto większą tętnicę, prawdopodobnie *art. spermat. int.*

Rana zgoiła się zupełnie *per primam*; jądro jednak po stronie operowanéj było bardzo bolesne, a po 14 dniach utworzył się na mosznach ropień a w ciągu następnego tygodnia oddzieliło się powoli całe obumarłe jądro. W 5 tygodni po operacyi chory opuścił klinikę.

Obumarcie jądra w tym przypadku przypisuje K. wyłącznie zbytniemu naciąganiu sznurka nasiennego podczas operacyi, samo bowiem przecięcie tętnicy nasiennéj nie wywołuje według znanych doświadczeń znaczniejszych zaburzeń w odżywieniu jądra.

Z tego wysnuwa K. wniosek, że w podobnych przypadkach należałoby oddalić zagrożone obumarciem jądro już podczas operacyi.

Doświadczenia Chauveuego pouczają wprawdzie, że jądro, którego sznurek nasienny został skręcony i rozdarty podskórnie, obumiera, ulega rozpadowi tłuszczowemu i zanika bez wywołania ropienia, jeżeli poprzednio nie wprowadzono do ustroju zwierzęcia istot zakaźnych.

W obec przeciwgnilnego postępowania spodziewaćby się należało takiego samego przebiegu. Kr. sądzi jednak, że nawet przy bardzo ścisłéj antyseptyce nie jesteśmy w stanie zapobiedz dostaniu się do rany pewnéj ilości istot zakaźnych, które w obumarłém jądrze sprowadzają ropienie i mogą stać się dla chorego bardzo niebezpiecznemi (*Centralbl. für Chir.* Nr. 1, 1883). Niejako w odpowiedzi na powyższy artykuł Kraskego przypomina Czerny *(Die innere Naht des Bruchsackhalses bei der Radicaloperation der Scrotalhernien. Centralbl. für Chir.* Nr. 4, 1883) dawniéj już przez siebie podany wewnętrzny szew bramy przepuklinowéj polegający na tém, że po odprowadzeniu treści worka przepuklinowego do jamy brzusznéj wyciąga się jego brzegi o ile można jak najbardziéj na zewnątrz, aż szyja worka przepuklinowego przedstawi się jako poprzeczna szpara w wysokości zewnętrznego pierścienia przepuklinowego. Surowicze brzegi téjże szpary zespaja się ze sobą kuśnierskim szwem z katgutu, poczém puszcza się naciągnięte brzegi worka, przez co linija szwu cofa się aż do otworu przepuklinowego wewnętrznego. Postępowanie to chroni nas w danym przypadku od alternatywy postawionéj przez Kraskego, tj. wycięcia zdrowego lub przynajmniéj mało zmienionego jądra lub téż pozostawienia bramy przepuklinowéj otworem.

Dr. Schramm.

Westphal: O chorobie Thomsena.

Na posiedzeniu Tow. lek. w Berlinie d. 31 stycznia rb. prof. Westphal przedstawił 2 ludzi cierpiących chorobę, któ-

---

[1]) Zresztą przy téj tonometryi Hasnera za pośrednictwem keratoskopu palec niezawodnie najważniejszą odgrywa rolę.

[2]) W kilka tygodni po wygłoszeniu powyższego wykładu wyczytałem w *Centralblatt f. prakt. Augenheilk.* 1883 Januar krótką wzmiankę, z któréj wnoszę, że zadaniu temu odpowiada keratoskop nieruchomy zbudowany przez P. Dörffla w Berlinie podług wskazówek prof. Hirschberga.

rą W. nazwał „chorobą Thomsena,“ a to z powodu, że fizyk w Kappeln Thomsen opisał ją pierwszy dokładnie, sam bowiem i część jego rodziny byli nią dotknięci. Już w Leydena: „*Klinik der Rückenmarks-Krankheiten*“ przytoczono przypadek, który tutaj należy, Thomsen jednak pierwszy rozpoznał chorobę jako odrębną formę i trudnoby było znaleść dla niéj miano odpowiedniejsze. Zaledwie sześć przypadków téj choroby jest dotąd znanych a wszystkie podane przez lekarzy niemieckich. Głównym objawem jest ustanie czynnych ruchów wśród pewnych okoliczności, a to w skutek skurczenia się mięśni. Okoliczności te są następujące: 1) Po przerwie dłuższy czas trwającéj doznają ci chorzy uczucia stężenia w odnogach dolnych, stawy są tetanicznie stężałe. 2) Po znaczniejszéj pracy mięśniowéj, już nawet po znaczniejszym ruchu, np. zgięciu ramienia, pojawia się owo stężenie. Pojawia się ono 3) po pewnych ruchach powikłanych; jeden z chorych doznaje go chcąc ubrać się w surdut, drugi w czasie tańca. W dziecięctwie przeszkadza nagłe stężenie w zabawie z dziećmi innemi, skutkiem niego staje się też niemożliwą nauka gry na instrumentach muzycznych. 4) Kurcz ten toniczny zwykł się pojawiać po nagłych i niespodziewanych wrażeniach; jeżeli np. chory wśród biegu uderzy końcem palca u nogi o kamień, tężeje odnoga a chory upada tak nagle, że nie ma nawet czasu wesprzeć się na ręce. 5) Thomsen twierdził, że u niego powstawał ten kurcz na samą myśl o nim, na chorych przedstawionych tego nie spostrzegano; zimno ma sprzyjać powstawaniu skurczu, ponawiane ruchy usuwają go. Wśród ruchów biernych wykonywanych odnogą w stanie prawidłowym można czasem spostrzedz pewną tęgość. Wszystkie mięśnie zaopatrywane w nerwy rdzeniowe cierpią, zdziergacze bywają wolne; czasem tylko pojawia się cierpienie w mięśniach zaopatrywanych przez nerwy mózgowe. Jeden chory mówiąc doznaje uczucia, jakby mu język tężał, zwarłszy powieki może tylko z pewną trudnością oczy otworzyć, pojawia się również trudność w zwracaniu gałek ocznych w tę lub ową stronę. Śmiejąc się doznaje pewnego prężenia w zakresie nerwu twarzowego, jedząc stężenia mięśni do żucia służących tak, że nie może ust natychmiast zamknąć. Mięśnie są dość wybitnie zgrubiałe, niektórzy chorzy są atletycznie zbudowani, siła ich jednak nie stoi wcale w prostym stosunku do przerostu mięśni. Na bodźce elektryczne i mechaniczne zdradzają mięśnie właściwe zachowanie. Uderzając mięsień dwugłowy widać natychmiast skurczenie się jego, które trwa pewien przeciąg czasu aż kurcz ustanie; na bodźce mechaniczne stają się mięśnie pobudliwszemi. Te same zjawiska powstają po zadziałaniu bodźców elektrycznych; mięsień kurczy się i zwolna po chwili dopiero przechodzi w rozkurcz, uderzając zaś często i rytmicznie można go wprawić w tężec. Badanie drobnowidowe wyciętych kawałków mięśnia nie wykazuje żadnéj nieprawidłowości. Możnaby sądzić, że odruchy ścięgniste będą wzmożone, tego jednak nie spostrzegano. W sferze czucia również żadnych zmian nie zauważono. Obydwaj chorzy użalają się na swędzenie skóry, pojawiające się przedewszystkiém na zimnie. Odruchy skórne prawidłowe i żadnych więcéj zmian chorobowych wykazać nie można. Zajmującą jest etyjologija tego schorzenia, gdyż usposobienie dziedziczne występuje tutaj wybitnie; zawsze bywało dotkniętych kilku członków téjże saméj rodziny, Thomsen potwierdził je nawet w 4tém pokoleniu, a w jednym tylko przypadku miała choroba powstać nagle. Thomsen utrzymywał, że ona stanowi przejście do psychoz, Westphal jednak widzi w niéj właściwą nieprawidłowość napięcia mięśniowego; opiera się ona wszelkim zabiegom leczniczym, jak się o tém Thomsen przekonał na sobie i członkach swojéj rodziny. Ale nie tylko w nauce ma znaczenie ta nowa choroba, o wielkiéj jéj doniosłości praktycznéj przekonał się najstarszy syn Thomsena, który jako popisowy nie był w stanie wykonywać skomplikowanych ruchów wśród ćwiczeń wojskowych, podejrzywany o symulacyję przebył rok cały w lazarecie wśród obserwacyi, gdyż lekarzom nie było znane to cierpienie.

W dyskusyi nad tym przedmiotem zabrał głos Jacusiel, który miał także sposobność obserwowania jednego z ogłoszonych przypadków. Zdaniem jego nie ma miejsca wśród tego cierpienia nieprawidłowe napięcie mięśniowe, jak Westphal utrzymuje, lecz istnieje jeszcze z czasów życia płodowego, pewien niestosunek pomiędzy układem mięśniowym a nerwowym, uwydatniający się przeważnym rozwojem pierwszego. Chory badany przez niego posiadał mięśnie prawidłowo rozwinięte, również i włókna mięsne były wejrzenia prawidłowego. Pierwszy bodziec do czynności mięśniowéj bywa zależny od woli, skoro jednak tylko napotyka się znaczniejszy opór, wzmacnia się bodziec tak, że ci ludzie mogą tylko do pewnego stopnia posługiwać się swojemi mięśniami. Mięśnie nadmiernie rozwinięte nie bywają dostatecznie zatrudnionemi, ztąd też leniwieją z czasem, zawsze są jednak dostatecznie czynne, tak że nie mogą uledz zanikowi, odpowiedniejszą by też była dla téj choroby nazwa: „zarodkowa pełń mięśniowa“ (*embryonale Muskelfülle*). (*Berl. klin. Wochenschrift* Nr. 11, 1883. *Wiener med. Blätter* Nr. 7, 1883).

Dr. Schaitter.

Goldschmidt. **Otrucie chloranem potasowym.**

Trzeci przypadek tego otrucia pojawia się w stosunkowo krótkim czasie w literaturze lekarskiéj (ob. Przegl. Lek. 1882 Nr. 46 i 1883 Nr. 1), dla tego zdajemy z niego sprawę. Może rychło nabrane przekonanie o niebezpieczeństwie wśród używania tego leku wpłynie na wyrugowanie go z praktyki lekarskiéj, lub przynajmniéj zdoła usunąć sprzedawanie go w aptekach bez recepty lekarza, jak to u nas miewa miejsce i stało się w przypadku, z którego zdajemy sprawę, przyczyną śmierci. Do autora przyniesiono dziecię zaledwie trzy tygodnie liczące, którego wejrzenie doznało nagle takiéj zmiany, że otoczenie obawiało się jego śmierci. Skóra i błony śluzowe dostępne dla oka okazywały zabarwienie sinawoszare, podobne do barwy dojrzałéj śliwki a twardówki były szaro-żółtawe. W pierwszéj chwili pomyślał G. o wrodzonéj niekompenzowanéj wadzie serca, brak jednak duszności, czyste tony sercowe i prawidłowo częste uderzenie serca wyprowadziły go niebawem z błędu. Podczas badania oddało dziecię mocz i ta okoliczność przypadkowa posłużyła do rozpoznania. Mocz uchodził silnym promieniem, czarnym jak atrament i pozostawiał na bieliźnie ciemny osad, rozpoznany drobnowidowo jako czysty brocznik krwi. Według podania piastunki doznawało sztucznie żywione dziecię od kilku dni zboczeń w trawieniu, a z powodu powstania pleśniawek wycierała mu usta zwilżonym płatkiem, posypanym proszkiem chloranu potasowego. Znając ilość soli téj zakupionéj w aptece mógł G. obliczyć w przybliżeniu ilość zużytéj tym sposobem i okazało się, że zużyto 4 grm. Z tego może zaledwie 1 grm. połknęło dziecię a ilość ta była dostateczną do wywołania tak groźnych objawów. Rozpoznanie otrucia chloranem potasowym było niewątpliwém wobec doświadczeń Marchanda i spostrzeżeń klinicznych coraz liczniejszych w ostatnich cza-

sach. Wśród dni następnych zmniejszała się stopniowo ilość hemoglobinu w moczu, który stawał się jaśniejszym i zbliżonym barwą do moczu żółtaczkowego. I skóra wyjaśniła się nieco, stając się stopniowo popielatą, później żółtawą, dziecię jednak słabło z dnia na dzień i zmarło w trzecim dniu obserwacyi lekarskiéj wśród wyniszczenia najwyższego stopnia. Sekcyi nie wykonano i o badaniu krwi spektralném i drobnowidowém nic autor nie wspomina. (*Bresl. aerztl. Zeitschrift* Nr. 1, 1883). *Dr. Schaitter.*

Wiadomości pomniejsze.

(J. S.) O ile stosunkowo łatwém bywa rozstrzygnięcie pytania, czy plama badana pochodzi ze krwi lub nie, o tyle trudném jest rozpoznanie, czy krew pochodzi z człowieka lub ze zwierzęcia, a nawet gdy chodzi o rozpoznanie plamy, bywa to wręcz niemożliwém. Dostatecznie jest stwierdzoną znaczniejsza trwałość barwika krwi niż jéj składników morfotycznych, podlegających nawet rozpadowi, sprowadzanemu przez mikroorganizmy. Feserich w Berlinie posługiwał się zwykle gliceryną z kwasem siarkowym, mając zamiar zaschłym ciałkom krwi przywrócić pierwotną postać. Oddaje on słuszne i należne uznanie téj metodzie, wyżéj jednak po nad nią stawia sposób nowszy: odwilżanie plamy krwawéj wodą, nasyconą gazem kwasu węglowego, gdyż tym właśnie sposobem udało mu się przywrocić kształty ciałkom krwi z plamy, zmytéj wkrótce po jéj powstaniu. Z drugiéj strony przekonał się, że barwik krwi nie zawsze tak opiera się wpływom zewnętrznym, jak to dotąd sądzono. Badając powtórnie plamę krwawą, z któréj przed 8 tygodniami otrzymał kryształki heminu, spostrzegł w niéj mnóstwo grzybków rozszczepnikowych a pomimo ponawianych usiłowań nie mógł otrzymać wspomnianych kryształków. (*Wiener med. Blätter* Nr. 11, 1883).

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie administracyjne odbyte d. 3go stycznia b. r.

Przewodniczący: kol. doc. Jordan. Członków obecnych 40.

1) Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia.

2) Na wniosek Komitetu (sprawozdawca prym. Dr. Paszkowski) uchwalono zmianę § 61 Statutu Towarzystwa, traktującego o przyjmowaniu nowych członków.

3) Nastąpiło odczytanie sprawozdań z czynności roku ubiegłego w następującym porządku: *a)* Sprawozdanie sekretarza stałego prym. Dra Zarewicza; *b)* Sprawozdanie podskarbiego kol. docenta Obalińskiego, jakotéż sprawozdanie z rachunków Komisyi redakcyjnéj przez sekretarza téjże Dra Kopffa. Dr. Obaliński wnosi, aby Zgromadzenie tak redaktorowi jakotéż administratorowi Przeglądu Lekarskiego wyraziło uznanie i szczere podziękowanie za znakomite zasługi, jakie ci dwaj koledzy około tegoż dziennika położyli. Wniosek ten jednomyślnie przyjęto; *c)* kol. doc. Mars zdaje sprawę z kontroli rachunków za rok ubiegły a znalazłszy je w największym porządku wnosi: Zgromadzenie udzieli absolutoryjum kol. podskarbiemu i wyrazi podziękowanie za całoroczną czynność. Wniosek jednomyślnie przyjęto; *d)* Sprawozdanie kol. biblijotekarza Dra Murdzińskiego; *e)* Sprawozdanie komisyi balneologicznéj przez Przewodniczącego téjże komisyi kol. Dra Ściborowskiego; *f)* Sprawozdanie komisyi sprawozdawczéj do roczników Virchowa i Hirscha przez prof. Dra Oettingera; *g)* Sprawozdanie delegata do Komisyi sanitarnéj prof. Dra Domańskiego.

4) Przewodniczący kol. doc. Dr. Jordan, w dłuższéj przemowie zaznacza znaczny rozkwit Towarzystwa w ostatnim roku, czego dowodem liczne odczyty i wykłady na posiedzeniach wygłaszane. Przedewszystkiém podnosi rozkwit Komisyi balneologicznéj, dzięki energicznemu jéj kierownikowi Drowi Ściborowskiemu. „Przegląd Lekarski“ doszedł w tym roku do rozkwitu, jak nigdy przedtém, a głównie do wzrostu jego przyczynił się Redaktor „Przeglądu“ i Komisyja Redakcyjna. Składa podziękowanie tak Redaktorowi, Administratorowi, jakotéż Komisyi w imieniu swojém i wszystkich członków Towarzystwa. Nareszcie oświadcza, iż opuszczając miejsce przewodniczącego spostrzega z zadowoleniem, iż ustępując, nie zostawia Towarzystwa w stanie gorszym, niż je objął, powtóre że godność Przewodniczącego oddaje w ręce pewne. — Po przemówieniu tém dotychczasowy prezes Dr. Jordan opuścił miejsce przewodniczącego, a zajął je nowy prezes Doc. Dr. Obaliński, który wyraził wdzięczność Towarzystwu, że mu poruczył urząd piastowany zwykle przez najwięcéj zasłużonych; daléj zastanowił się nad celem Towarzystwa i mówił o drogach, które doń prowadzą. Przyrzekając dołożyć wszelkich starań około dobra Towarzystwa wezwał Dr. Obaliński członków do czynnego poparcia przez branie żywego udziału w życiu i pracach Towarzystwa; nadmienił wreszcie o zbliżającym się Zjeździe w Poznaniu, zachęcił do wzięcia w nim udziału, motywując potrzebę przygotowania odczytów naukowych.

5) Kol. doc. Jordan przypomina, iż Tow. lek. warszawskie poruszyło w przeszłym roku myśl ułożenia zasad etyki lekarskiéj i przesłało odpowiedni elaborat Tow. naszemu, prosząc o opiniję. Większość uznała jednakowoż, że myśl ta jeszcze nie jest na czasie. Mowca podnosi tę sprawę jeszcze raz i wnosi: 1. Tow. lekarskie uznaje potrzebę wprowadzenia pewnych zasad etycznych, według których członkowie Tow. względem siebie i względem publiczności postępować winni. 2. Wystylizowanie tych zasad porucza Tow. Komitetowi, który swój elaborat w najkrótszym czasie Tow. ma przedstawić. W sprawie téj przemawiali koll. prym. Zarewicz, prof. Domański i prym. Paszkowski. Wniosek przyjęto.

6) Kol. prof. Blumenstok podaje do wiadomości, iż otrzymał list z Poznania od Dra Kaczorowskiego, zapraszający lekarzy krakowskich do współudziału w Zjeździe, jakotéż proszący o danie wskazówek co do terminu Zjazdu. Tenże wnosi, aby sprawę tę odesłać do Komitetu z tą uwagą, iż Zgromadzenie zgadza się na termin pierwszéj połowy września. Wniosek przyjęto.

7) Kol. Przewodniczący odczytuje list Dra Horbaczewskiego, w którym tenże dziękuje Towarzystwu za przesłanie dyplomu jakotéż i życzeń.

8) Kol. Dr. Schramm przedstawia 15-letnią dziewczynę u któréj prof. Mikulicz wykonał wyłuszczenie wola mięsakowatego. Dla spóźnionéj pory odłożono bliższe wyjaśnienia na następne posiedzenie.

Na tém posiedzenie zakończono.

Dr. H. Mendelsburg.

VIII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Komisyja sanitarna krakowska odbyła w dniu 20 b. m. pod przewodnictwem r. m. Dra Warschauera posiedzenie, na którém po załatwieniu różnych spraw bieżących fizyk miasta Dr. Buszek podał do wiadomości cyfry odnoszące się do chorobliwości i śmiertelności w Krakowie w pierwszych dwóch miesiącach roku bieżącego, z których się pokazuje, iż pomyślny stan zdrowia ogólnego utrzymuje się ciągle. Tenże doniósł, iż na jego wniosek poczyniono stosowne kroki ustawami wskazane przeciw dwom partaczom lekarskim, z których jeden praktykuje jako okulista, drugi zaś jako dentysta. — Następnie dyrektor budownictwa miejskiego Niedziałkowski imieniem podkomisyi na poprzedniém posiedzeniu wyznaczonéj przedstawił i objaśnił plany wzorów, według których ma się w przyszłości zakładać doły kloaczne chroniące należycie grunt, powietrze i wodę studzienną od zanieczyszczenia materyjami gnijącemi. Po dyskusyi, w któréj brali udział prawie wszyscy obecni, zgodzono się w zupełności z projektami przez sprawozdawcę przytoczonemi i przekazano je magistratowi do wykonania. Dyrektor Niedziałkowski również imieniem podkomisyi przedłożył projekt poprawy stanowisk dorożek i fiakrów na placach publicznych celem zabezpieczenia powietrza i gruntu miejskiego od zanieczyszczenia obiecując, iż do przyszłego posiedzenia wypracuje szczegółowe plany i kosztorysy na odpowiednie zmiany bruku, ścieki i zbior-

niki; wywody jego przyjęto całkowicie. Fizyk miasta Dr. Buszek przedłożył imieniem osobnéj podkomisyi referat w sprawie urządzenia mleczarń wzorowych w Krakowie. W referacie tym podał do wiadomości, iż według ścisłych poszukiwań umiejętnych mleko w Krakowie sprzedawane jest w ogólności dobre, iż fałszują je rzadko i najczęściéj jeszcze roztwarzają wodą, wskazał na wielką ważność mleka jako pożywienia dla dzieci a środka leczniczego dla chorych, określił warunki lekarskie, weterynarskie i techniczne, na których ma być założoną mleczarnia wzorowa dla dostawy mleka zupełnie dobrego i osobliwie w porze letniéj podczas wielkich upałów nierozłożonego, przedstawił projekt ugody w tym względzie między przedsiębiorcą a komisyją sanitarną zawrzeć się mającéj a nakoniec przedłożył projekt odezwy do konsumentów mleka z mleczarni. Wywody sprawozdawcy przyjęto po kilku wyjaśnieniach ze strony podkomisyi upoważniając ją zarazem do rokowań z właścicielami obor pod Krakowem. Do zbadania sprawy rewizyi bydła i mięsa na dworcu kolei w Krakowie wyznaczono podkomisyję z r. m. Dra Pareńskiego, fizyka miasta Dra Buszka i weterynarza miejskiego Walentowicza. Nakoniec postanowiono jednomyślnie przedłożyć Radzie miejskiéj wniosek zaproszenia do komisyi sanitarnéj prof. Dra Karola Olszewskiego.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 4—10 marca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: 27,1. Z ospy umarło 1 (1 z. t.); z błonicy 1 (0 z. t.); z róży 0 (1 z. t.); z kiły 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 4 przypadkach ospy, 1 płonicy, 4 odry. W tygodniu od 25 lutego do 3 marca ospa w Londynie złagodniała. Świeżo zapadło 16, umarło 7, leczyło się w szpitalach 19. W Walencyi umarło 3, w Roterdamie 7, w Paryżu i Aleksandryi po 9, w Petersburgu 14, w Filadelfii, w Nowym Orleanie, i w Baltimore 49, w Madrycie 11, w Barcelonie 12, w Bombayu 71. W Stokholmie umiera wiele z odry podobnież i w Paryżu, w Amsterdamie z błonicy. Dur złagodniał w Paryżu, w Warszawie i Aleksandryi jeszcze się wzmaga. W Moskwie zapadło od 17—24 lutego 143 osób na gorączki durzycowe, 188 na dur osutkowy, 169 na dur powrotny, 12 na gorączkę połogową, 107 na odrę, 38 na błonicę, 31 na różę, 24 na płonicę, 13 na krztusiec, 9 na ospę.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 25 lutego do 3 marca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 30,1; w Warszawie 33,2; w Poznaniu 29,0; w Wiedniu 30,4; w Budapeszcie 32,2; w Pradze 34,2; w Tryjeście 48,9; w Berlinie 22,7; w Wrocławiu 30,9; w Hamburgu 23,8; w Mnichowie 28,6; w Gdańsku 24,5; w Kolonii 26,6; w Dreźnie 24,9; w Lipsku 20,1; w Bazylei 25,4; w Brukseli 28,4; w Amsterdamie 33,1; w Hadze 20,0; w Paryżu 27,7; w Londynie 21,0; w Kopenhadze 27,4; w Stokholmie 27,5; w Chrystyjanii 9,4; w Petersburgu 40,3; w Rzymie 22,7; w Wenecyi 30,2; w Bukareszcie 31,7; w Madrycie 44,7; w Lizbonie 27,6; w Aleksandryi 49.8; w Nowym Yorku 26,6; w Filadelfii 22,8; w Bombayu 36,0; w Madrasie 37,3. *J. B.*

IX. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 22 marca. N. Pan nadał prymaryjuszowi i docentowi prywatnemu chirurgii w Uniw. Jagiell., Drowi Alfredowi Obalińskiemu, tytuł nadzwyczajnego profesora Uniw., uznając jego dotychczasową zasłużoną działalność.

Zaszczytne to odznaczenie szan. kolegi naszego nastąpiło w skutek jednomyślnéj uchwały Wydziału Lek.

* Dr. Emanuel Machek, asystent kliniki okulistycznéj, potwierdzony został przez p. Ministra Oświecenia jako docent prywatny okulistyki w Uniw. Jagiell.

P. Docent Machek rozpocznie wykłady swoje w półroczu letniém.

* Przedwczoraj rano przybył Dr. Hoszard, członek Wydziału krajowego, do Krakowa i zaraz przed południem brał udział w komisyi, która się odbyła w szpitalu św. Łazarza, celem obrania gruntu pod budowę klinik uniwersyteckich oraz zakładu patologicznego. Komisyi przewodniczył delegat Namiestnictwa hr. Badeni; należeli zaś do niéj ze strony Wydziału kraj. Dr. Hoszard, dyrektor szpitala Dr. Harajewicz i architekt p. Zaremba; ze strony Namiestnictwa starosta p. Ottmann, komisarz powiatowy p. Link i inżynier rządowy p. Saré; wreszcie ze strony Uniwersytetu dziekan prof. Rydel, oraz proff. Madurowicz, Korczyński, Adamkiewicz Blumenstok, Mikulicz i sekretarz Uniwersytetu docent Dr. Cyfrowicz. Po oglądaniu miejscowości, obranéj w roku przeszłym przez komisyję Wydziału Lek. i poczynieniu wniosków tak ze strony delegata Wydziału krajowego jako i Namiestnictwa, członkowie Wydziału Lek., należący do komisyi, odbyli jeszcze kilka posiedzeń w obecności pana starosty Ottmanna, a wynik narad swoich zebrali w kilku wnioskach, które przedstawione będą pod uchwałę Wydziału Lek. na najbliższém jego posiedzeniu. Sprawozdawcami obrano dla budowy gmachów klinicznych proff. Madurowicza i Korczyńskiego, dla budowy zaś zakładu patologicznego proff. Browicza i Blumenstoka.

W obec życzliwości wielkiéj dla uniwersytetu, któréj złożyli dowody pp. Hoszard i Ottmann, mamy uzasadnioną nadzieję, że sprawa budowy zakładów uniwersyteckich weszła nareszcie na tory odpowiednie. Przekonaniu temu dano wyraz na przedwczorajszym wieczorku, danym przez Dziekana Wydziału na cześć gości, uznając ich starania koło powstać mających zakładów.

* W przeszłą sobotę przed południem wykonano w klinice prof. Madurowicza 3 owaryjotomije; jednę wykonał prof. Madurowicz, drugą prof. Mikulicz a trzecią doc. Mars. Wszystkie 3 operowane mają się całkiem dobrze; przebieg bezgorączkowy. Dowiadujemy się, że w klinice chirurgicznéj niezadługo urządzonym będzie osobny pokój dla owaryjotomij. Kobieta, na któréj prof. Mikulicz wykonał resekcyję żołądka, opuszcza klinikę; członkowie Tow. lek. krak. mieli sposobność widzenia jéj na wczorajszém posiedzeniu zupełnie uleczonéj. Na témże posiedzeniu prof. Mikulicz demonstrował swój skoliozometer, którego opis znajduje się w Nrze niniejszym.

* W Filadelfii wykonano wyłuszczenie nerki u kobiety; od chwili wycięcia nerki ustało wydzielanie moczu a operowana umarła po upływie dwóch dni. Sekcyja wykazała, że kobieta ta miała jednę tylko nerkę, którą właśnie wycięto.

* **Praga**. D. 19 b. m. obchodził prof. Maschka 25-letni jubileusz profesury, z którego to powodu tak profesorowie jako uczniowie Wydziału lek. przygotowali owacyje dla zasłużonego profesora. Prof. Maschka liczy lat 63. (*W. med. Presse*).

* **Wiedeń**. Na uroczystém posiedzeniu Tow. lekarskiego prof. Stricker odczytał oświadczenie, tłumacząc się, że nie przyznawał się do wspólnictwa z asystentem swoim Spiną w sprawie pracy jego o prątkach gruźliczych, dopóki pracę tę tylko chwalono, w obec zaś ocen potępiających nie zamierza usuwać się od odpowiedzialności za wszystko, co wychodzi z jego zakładu. Oświadcza tedy, że zdanie Spiny, jako Koch nie dowiódł zaraźliwości gruźlicy i swoistości prątka gruźliczego, w zupełności podziela, i że Spina, któremu oddaje świadectwo, że jest biegłym mikroskopikiem, ogłosi prace dalsze, które pouczą przeciwników o słuszności jego zapatrywań. (*W. med. Presse*).

□ **Rosyja**. Statut Towarzystwa „prywatnych docentów", zatwierdzony przez dyrekcyję lekarskiego departamentu, ma być wkrótce sankcyjonowany przez Ministra spraw wewn. Za nim to nastąpi, Towarzystwo otrzymało zezwolenie na odbywanie posiedzeń raz na miesiąc, na których wypracuje program przyszłéj nauczycielskiéj działalności; Towarzystwo zamierza urządzić wykłady repetycyjne dla lekarzy i doktorandów. Magistrat Petersburga otrzymał plany nowego szpitala systemu barakowego, przeznaczonego na kliniki dla żeńskich lekarskich kursów, którym, jak to donosiliśmy, rząd odjął pomoc państwa. Nowy szpital ma mieścić 200 łóżek, koszta budowy nie przekroczą 70 do 80000 rsr.; suma ta już jest ze składek zebrana. Słuszną czyni uwagę „*Wracz*", że nie dość posiadać szpital, potrzebny jest fundusz stały, którego odsetki pokrywałyby wydatki na cele naukowe.

Zaria donosi, że medycy kijowscy urządzili owacyję Prof. Tomsie, przyczém wezwali go, ażeby nie opuszczał Kijowa; (jak wiadomo doniosły dzienniki, że Prof. Tomsa przyjął proponowaną sobie profesurę w czeskim lekarskim Wydziale w Pradze). Na przemówienie studentów odpowiedział Tomsa, że tak zżył się z Rosyją, że nie przeniesie się do Pragi. Dr. Studenkow mianowany został docentem chorób skórnych i wenerycznych w Uniwersytecie kijowskim. Dr. Danilewski otrzymał nominacyję na profesora fizyjologii zwierząt w Charkowie.

Pisząc o Petersburgu trudno ominąć sprawę homeopatów którzy w téj stolicy bardzo się stawiają. Bezwzględna ulecz-

ność błonicy, którą mieli udowodnić, okazała się bezwzględną nieprawdą; zdawałoby się, że po téj porażce należałoby przez zmysł samozachowawczy usunąć się z widowni publicznéj, zanim ludzie zapomną; ale tego umiarkowania i pokoju snać brakuje homeopatom, skoro poruszyli sprawę, która odsłoniła ich, że się tak wyrazimy rodzinne stosunki i wykazała, że między nimi nie ma jedności, że jest herezyja w herezyi. Petersburg ma dwa towarzystwa homeopatów: 1) wyznawców homeopatyi i 2) lekarzy homeopatów; to drugie wniosło do Departamentu lekarskiego prośbę o zakazanie wprowadzania do kraju środków leczniczych Mattejego, jako mogących być szkodliwemi; Rada lekarska wezwała oba Towarzystwa, ażeby oświadczyły, które środki Mattejego są szkodliwe, i na czém ta szkodliwość polega. Towarz. „Wyznawców hom." odpowiedziało, że leki Mattejego czasem są nadzwyczaj pożyteczne, a zawsze nieszkodliwe, jak zresztą wszystkie środki homeopatyczne. Natomiast „lekarze homeopaci" oświadczyli, że leki *angiostico*, *scrophuloso* i *canceroso* są niebezpieczne i na dowód przytoczyli 3 historyje chorób. U jednéj choréj, która zażywała *canceroso* za poradą lekarza Mateisty (urzędnika pocztowego) powstać miał rak sutka. Na szczęście chora wcześnie powróciła do homeopaty (niemateisty) a chociaż umarła, to bez cierpień. „*Wracz*" (Nr. 8), z którego te wesołe, lecz i ubolewania godne wiadomości czerpiemy, podając nazwiska koryfeuszów petersburgskich homeopatów: Adamsa, Ditmana i Heringa, z zdumieniem donosi o nieznanéj sobie anomalii, że ten ostatni „będąc homeopatą, jest lekarzem policyi".

* **Wiadomości uniwersyteckie. Budapeszt.** Dr. Geza Faludi habilitował się jako docent pedyjatryi. — **Dorpat.** Docent Dr. Podwysocki wysłany został za granicę w celach naukowych. — **Rzym.** Dr. Zawerthal habilitował się jako docent laryngologii. — **Jena.** Prof. Binswanger powołany został na dyrektora zakładu dla obłąkanych w Neustadt w Prusach zachodnich. — **Giessen.** W miejsce Ahlfelda Wydział lek. proponował na 1ém miejscu Kaltenbacha z Fryburga, na 2ém Fehlinga z Stutgartu, a na 3ém Küstnera z Jeny i Wienera z Wrocławia.

* **Wiadomości osobowe.** Dr. Wł. Orłowski, prezes Tow. lek. warsz. mianowany został starszym ordynatorem szpitala Dzieciątka Jezus. (*Gaz. Lek.*)

Stopień lekarzy otrzymali w Uniw. Warszawskim pp. Edmund Gajzler-Wrotnicki, Romuald Gładowski, Elijasz Rajchstein i Piotr Proskurjaków.

* **Nekrologija.** W Tybindze umarł znakomity chirurg Bruns

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 11: Dobrzyckiego: Sprawozdanie z działalności lecznicy dla chorych piersiowych w Mieni. — W *Gazecie Lek.* Nr. 11: Bujwida: Kilka słów w kwestyi lasecczników gruźliczych: Szwykowskiego: Kilka słów o laseccznikach gruźliczych; Pacanowskiego: Kilka uwag nad przebiegiem tyfusu brzusznego i wysypkowego (c. d.). — W *Przewodniku gimnast.* Nr. 3 Żulińskiego: Ruch mięśniowy i wpływ jego na zdrowie człowieka (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. Wł. A. GLUZIŃSKI: Przyczynek do wiadomości o wchłanianiu tłuszczów. (Osobne odbicie z Rozpraw Akad. Umiejętn. X), Kraków 1882, in 8vo str. 23 z tabl.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Ogłoszenie zadań konkursowych

dla kandydatów i młodszych doktorów w. n. lek. i medycyny.

Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego w wykonaniu postanowień fundacyi konkursowéj śp. protomedyka Józefa Jakubowskiego i Dawcy niewiadomego, uchwalił na posiedzeniu w dniu 23cim lutego rb.:

I) Rozpisać dwie nagrody konkursowe, a mianowicie jednę w kwocie 200 złr. a jednę w kwocie 150 zlr. w. a.

II) Ogłosić w tym celu następujące zadania konkursowe:

1) Zbadać szczegółowo zmiany krwi w przebiegu zimnicy i zakażenia zimniczego pod względem ilości i jakości ciałek krwi czerwonych, stosunku ich do ciałek białych i pod względem ilości hemoglobinu.

2) Przedstawić stosunki epidemijologiczne Galicyi w ostatnich pięciu latach.

3) Zbadać stosunki zdrowotne robotników zajętych wydobywaniem i destylowaniem oleju ziemnego.

4) Matołectwo górskie, jego istota i objawy, ze szczególném uwzględnieniem okolic karpackich.

III) W myśl postanowienia wyżéj wzmiankowanych fundacyj ubiegać się mogą o nagrodę kandydaci Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego, tudzież doktorowie wszech nauk lekarskich i Doktorowie medycyny, którzy w przerzeczonym Uniwersytecie uzyskali stopień doktorski na dwa lata przed ogłoszeniem niniejszego konkursu, lub nawet nieco dawniéj (w myśl późniejszego postanowienia śp. protomedyka Jakubowskiego).

IV) Prace konkursowe, spisane w języku polskim, nadesłane być mają do końca zimowego półrocza szkolnego r. 188$^3/_4$ tj. najpóźniéj do dnia 3 kwietnia 1884 r. na ręce Dziekana Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego. Na okładce winny być opatrzone w godło, wypisane również na dołączonéj oddzielnie kopercie zapieczętowanéj, a zawierającéj wewnątrz imię nazwisko i miejsce zamieszkania autora. Ostatni przepis nie dotyczy jednak prac ogłoszonych drukiem od dnia dzisiejszego po koniec marca 1884 r., a które także ubiegać się mogą o nagrodę.

V) Jedynie koperty opatrzone godłem prac nagrodą uwieńczonych będą rozpieczętowane celem ujawnienia autorów; wszystkie zaś inne razem z rękopismami, do których należą, zwrócone będą na żądanie bez otwarcia.

IV) Wysokość nagrody nie jest zawisłą od wyboru któregobądź z ogłoszonych wyżéj zadań konkursowych, lecz od stopnia dokładności i naukowéj ścisłości opracowania i rozwiązania obranego tematu, tak że autor pracy, która najlepiéj odpowie warunkom wymaganym otrzyma 200 złr., autor zaś pracy wartością do tamtéj najbardziéj zbliżonéj 150 złr. w. a.

Kraków dnia 23 Lutego 1883. *Rydel*
t. r. Dziekan Wydz. lek.

Dr. Michał Kaufmann były lekarz kąpielowy w Jaworzu ma zaszczyt zawiadomić Szan. Kolegów, że z rozpoczęciem bieżącego sezonu ordynować będzie jako lekarz zdrojowy w Maryjenbadzie. (Ulica Nebra Villa *Mozart*).

SYFILIDOLOGIJA

napisana przez

Dr. Ż. KRÓWCZYŃSKIEGO

w 8 str. XII i 448.
Cena **5** złr.

Skład główny w księgarni S. A. Krzyżanowskiego w Krakowie. Członkowie i prenumeratorowie Wydawnictwa dzieł lek. polsk. w Krakowie otrzymają to dzieło bezpłatnie jako premijum za r. 1881 i 1882.



LIMOUSIN

Aptekarz w Paryżu
2 bis *Rue Blanche.*

WYSTAWA POWSZECHNA 1878.

Członek Komisyi znawców *(Hors Concours).*
Kawaler legii honorowéj, wynalazca opłatków leczniczych.

CHLORAL PERŁOWY LIMOUSIN

nie sprawia ściągania w gardle i nie posiada nieznośnego smaku, rozczynowi właściwego. Flakonik z 40 perełkami po 0,25 kosztuje 3 franki.

N. B. Sprzedaje się produkt ten zawsze we flakonikach i dzielony jest po 0,25 gr.

SYROP z CHLORALU LIMOUSIN

(Łyżka tego zawiera 1 gram wodnika chloralu) 3 franki flaszka. Składy we wszystkich znaczniejszych aptekach we Francyi i za granicą.

ZDRÓJ ARCYKSIĘŻNÉJ STEFANII

Szczawa Krondorfska.

najprzyjemniejszy napój orzeźwiający, uznana woda lecznicza w chorobach żołądka, płuc i krtani, urzędowo zbadana przez c. k. prof. Lercha w Pradze. Skład główny w Krakowie: w handlu K. Wentzla i u Aptekarza Konstantego Wiszniewskiego; w Tarnowie u Aptekarza Chodackiego.

Broszury nadseła się na żądanie. Cena całéj butelki 20 kr., pół butelki 15 kr.

WYDAWNICTWO GAZETY LEKARSKIÉJ.

Znajduje się w druku i wyjdzie w końcu Czerwca 1883 r. nakładem Gazety Lekarskiéj

FARMAKOLOGIJA

Profesorów Nothnagela i Rossbacha.

Przekład z niemieckiego.

Cena dzieła wynosić będzie w Warszawie rsr. 6, z przesyłką rsr. 6 kop. 50.

Preuumeratę wnosić można do Wydawcy Gazety Lekarskiéj ul. Marszałkowska Nr. 49.

Dr. ANJELA

Zakład wodoleczniczy w Zuckmantel

(na Szlązku austryjackim).

W najpyszniejszéj okolicy górskiéj tuż pod lasem położony. Najstaranniejsza piecza o chorych i leczenie tychże. Użycie elektroterapii, miękienia i kąpieli igliwijowych.

Najbliższa stacyja kolei żelaznéj **Ziegenhals** jest o milę odległą.

WYSOWA w GALICYI

(Medal zasługi na Wystawie przemysłowo-rolniczéj w Przemyślu).

Pięć zdrojów silnych szczaw alkaliczno-słonych

zawierających bardzo znaczne ilości **dwuwęglanu żelazawego i bromku potasowego.**

	ZDRÓJ SŁONY. Silna szczawa sodowa, chlorowcowo-żelezista brom zawierająca.	ZDRÓJ BRONISŁAWA. Nader silna szczawa żelezista, sodowo-chlorowcowa.	ZDRÓJ RUDOLFA. Silna szczawa sodowo-żelezista.	ZDRÓJ WANDY. Szczawa sodowo-żelezista.	ZDRÓJ JÓZEFA. Szczawa sodowa żelazo zawierająca.
	W jednym litrze zawiera (**Prof. Dr. Radziszewski**).				
$NaHCO_3$	7.328	3.681	3.270	1.952	2.316
$NaCl$	2.425	1.089	0.855	0.526	0.716
$FeH_2(CO_3)_2$	0.050	0.138	0.090	0.094	0.040
KBr	0.071	0.009	0.023	0.005	0.004
CO_2	465.05 Cm. sz.	988.90 Cm. sz.	778.40 Cm. sz.	619.85 Cm. sz.	683.34 Cm. sz.

Wody wysowskie zalecają się w katarach wszelkiego rodzaju, chroniczném zapaleniu płuc, suchotach w cierpieniach żołądka i kiszek, w chorobach narządu moczowego, w chorobach niewieścich, w ogólnych zboczeniach odżywiania, przedewszystkiém zaś w zołzach, niedokrewności, blednicy, u osób skrofulicznych w chorobach nerwowych itd.

Tanie mieszkania. Restauracyja. Kąpiele z wody mineralnéj. Mleko. Żętyca. Otwarcie pory kąpielowéj d. 15 Czerwca. Urocza górska okolica.

Zamówienia na wodę należy przesyłać pod adresem: ***Zarząd zdrojowo-kąpielowy Wysowa.*** Stacyja kolei żelaznéj tarnowsko-leluchowskiéj ***Grybów. Ostatnia poczta Ujście Ruskie.***

Broszury na żądanie P. T. pp. lekarzów przesyła się *gratis.*

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 31 marca 1883. № 13. Rok XXII.

I. Z kliniki chirurgicznéj prof. Dra Mikulicza w Krakowie.

Przyczynki do Chirurgii.

VII.

Resekcyja odźwiernika z powodu raka. Wyleczenie.

Uwagi nad pewnym objawem raka żołądkowego, za pomocą gastroskopu spostrzegać się dającym.

Podał prof. Dr. J. Mikulicz.

Liczba wyleczonych dotychczas przypadków resekcyi żołądka jest jeszcze szczupłą. W zestawieniu podaném przez L. Rydygiera mieści się pomiędzy 23 przypadkami tylko 5 wyleczonych. Znajdujemy nadto w bieżącéj literaturze 6 innych przypadków, z których jeden z przebiegiem szczęśliwym (Th. van Kleef w Maastricht). Niniejszém podaję opis wycięcia odźwiernika, którego dokonałem w tutejszej klinice z szczęśliwym przebiegiem.

Maryjanna Koźlina, lat 35 licząca, wieśniaczka z Trzebionki, pochodzi z zupełnie zdrowéj rodziny, przebyła 3 prawidłowe porody; dzieci zdrowe. Przed 5 miesiącami zaczęła doznawać bólów w okolicy żołądka, występujących zawsze w kilka godzin po jedzeniu, apetyt stawał się coraz gorszy; przed trzema miesiącami wystąpiły częste wymioty, w których krwi chora nie zauważyła. Z powodu dokuczliwych bólów i wymiotów udała się Koźlina o pomoc do kolegi Dra Kleina w Chrzanowie, który rozpoznawszy *Carcinoma pylori* przysłał chorą do kliniki. Stan choréj w dniu przyjęcia, t. j. 9 lutego br., był następujący: Kobieta dość dobrze odżywiona, skóra i błony śluzowe blade. Oba sutki obrzmiałe, skóra na nich lekko zaczerwieniona, nacisk bolesny (*galaktostasis*), gdyż chora odłączyła dziecko od piersi dopiero przed 5 dniami. Narząd oddechania i krążenia zupełnie w porządku. Brzuch miernie wzdęty, powłoki wiotkie, przez nie wymacać można w okolicy odźwiernika guz wielkości jaja gęsiego zupełnie ruchomy, twardy, przy ucisku miernie bolesny. Żołądek mocno rozszerzony tak, że dolna jego granica sięga na 3 palce poniżéj pępka. Chora cierpi często na zaparcie stolca; mocz prawidłowy. W obec tych objawów rozpoznano *Carcinoma pylori*.

W dniu przyjęcia jakoteż przez dwa dni następne płukano żołądek ostrożnie w celu badania gastroskopem, które téż wykonałem d. 11 lutego. Chora znosi narzędzie bez morfinu bardzo dobrze. Odźwiernik przedstawia się jako szpara podłużna otoczona błoną śluzową, prawie gładką, nie przekładaną w wysokie fałdy, na odźwierniku nie widać prawie żadnych ruchów. Rezultat ten przekonał mnie o istnieniu nacieku w ścianie żołądkowéj w okolicy odźwiernika i potwierdził poprzednie rozpoznanie. Szczegóły badania gastrokopem opowiem przy innéj sposobności.

Z powodu trwającego jeszcze obrzmienia sutków przystąpiłem dopiero dnia 22 lutego b. r. do wycięcia raka odźwiernika. Na dwa dni przedtém chora otrzymywała tylko pokarmy płynne, wieczorem przed operacyją wypłukano żołądek jak najstaranniéj; kąpiel, lewatywa. Bezpośrednio przed operacyją wypłukano żołądek raz jeszcze. Pokój do operacyi ogrzany do 20°; spray parowy wieczorem dnia poprzedniego i przez 3 godziny przed operacyją w pokoju operacyjnym. Ułożenie choréj na stole z nieco zagiętemi nogami, narkoza, przygotowanie pola operacyjnego, jak do każdéj laparotomii.

Cięcie poprzeczne na 4 palce powyżéj pępka, warstwami aż do otrzewny. Dokładne zatamowanie krwotoku. Po otwarciu otrzewny ukazał się natychmiast żołądek, a w jego części odźwiernikowéj znaleziono guz wielkości jaja gęsiego z częściami sąsiedniemi wcale nie zrośnięty. Wyciągnięto guz na zewnątrz, resztę rany zatkano kawałkiem gazy jodoformowéj 50%, zmoczonéj w 5% kwasie karbolowym, w celu uchronienia jamy brzusznéj od wpływów zewnętrznych. Oddzielenie guza od sieci małéj i połączeń z okrężnicą poprzeczną, przecinając i połączenia w małych wiązkach między dwiema podwiązkami, krwotoku prawie nie było. Poza żołądkiem napotkano gruczoł limfatyczny miękki, wiel-

kości fasoli, który wyjęto. Po uwolnieniu obrzęku na całéj przestrzeni i na $1\frac{1}{2}$ cm. poza wyczuwalne granice nowotworu podsunięto duży kawał gazy jodoformowéj nadciętéj po obu stronach, w kształcie przykładki 4-głowowéj. Końcami onéj obwinięto żołądek i dwunastnicę poza nowotworem i na gazę tę nałożono na $1\frac{1}{2}$ cm. od granic nowotworu uciskadło Wehra.

Przecięcie częściowe żołądka od krzywizny małéj w celu założenia szwu zwężającego. Nitek tych szwów (12) nie odcinano krótko, aby za nie można żołądek trzymać wygodnie. Następnie oddzielono guz do reszty od żołądka. Odcięcie guza od dwunastnicy również tylko częściowe, ale odpowiednio do krzywizny wielkiéj, tak że można było jeszcze przytrzymać dwunastnicę przy krzywiźnie małéj. Zespojenie dolnéj połowy dwunastnicy kilkoma szwami z żołądkiem i dopiero teraz oddzielono guz do reszty, poczém zespojono dwunastnicę z żołądkiem w całym obwodzie za pomocą szwu Czernego. (Zeszywano jedwabiem sposobem Czernego przygotowanym). Teraz oddalono uciskadła i gazę jodoformową, obejrzano całą linię szwów, i dodano w miejscach podejrzanych jeszcze kilka szwów Lemberta. W ogóle użyto do zespojenia obu świateł około 50 szwów. Przekonawszy się w ten sposób o zupełnie dokładném połączeniu dwunastnicy z żołądkiem, odcięto nitki szwów krótko, przysypano lekko miejsce zespojenia proszkiem jodoformu, odprowadzono żołądek do jamy brzusznéj i zamknięto ranę w ścianach brzusznych za pomocą szwów płytkowych, kilku jedwabnych głębokich i powierzchownych. Opatrunek składa się z gazy jodoformowéj, waty Brunsa, batystu Billrotha i opaski uciskającéj.

Cała operacyja trwała $2\frac{1}{2}$ godziny. Część wycięta na 8 cm. długa, odźwiernik tak mocno zwężony, że ledwie palec można przezeń przesunąć. Po rozcięciu okazuje się w ścianach duży naciek, w jedném tylko miejscu i to powierzchownie owrzodziały. Brzegi cięcia zupełnie prawidłowe. Badanie mikroskopowe kol. prof. Browicza wykazało: *Carcinoma gelatinosum.* W gruczole limfatycznym, o którym wyżéj była mowa, przerzutów wykazać nie można.

Chora po operacyi nie bardzo osłabiona nie skarży się na żadne dolegliwości. Wieczorem ciepłota 37·4°, tętno 72 spokojne. Chora czasem dostaje tylko zimnéj wody.

23. Ciepł. 37·5, tętno 82 pełne, chora zupełnie spokojna pije tylko zimną wodę, wieczór 37·6, tętno 80. W nocy dwukrotne wymioty cieczy brudnéj wodnistéj.

24. Bez gorączki, żadnych dolegliwości. W ciągu dnia dwukrotne wymioty cieczy wodnistéj. O godz. 12téj chora wypiła kilka łyżek zimnego mleka; w godzinę potem znowu wymioty. Zmiana opatrunku. Rana zupełnie *per primam* zlepiona. Żołądek mocno rozdęty aż na 4 palce poniżéj pępka, zawiera dużo płynu. Kazano podawać tylko wodę; dla odżywiania enemy z peptonu i wina.

25. Stan ten sam, gorączki nie ma, przez dzień 4 razy wymioty, bez żadnych boleści. Napojem woda; 3 enemy. Noc spokojna.

26. Ciepł. 38·3, tętno 108. Żołądek znacznie mniéj rozdęty, popołudniu wymioty. Wieczorem 39·5, tętno 116. Późniéj tegoż wieczora stolec z masy płynnéj, czarnawéj, bardzo mocno cuchnącéj.

27. Bez gorączki (37·6) zupełnie swobodna; zaprzestano enem, chora dostaje winną polewkę i jaja na miękko. Wymiotów nie ma.

28. Stan zupełnie pomyślny, żołądek mało rozdęty zawiera mało cieczy. Chora zjadła kawałek szynki i ćwierć kurczęcia w potrawce.

1 marca. Ciepł. 38·4 (*Periostitis* na szczęce górnéj). Zresztą stan zupełnie pomyślny. Chora zjadła rosół, pieczeń, wino na obiad, kawałek szynki na kolacyję. Stolec prawidłowy.

2. Bez gorączki. Wyjęto szwy płytkowe i głębokie jedwabne. Rana *per primam* zupełnie zagojona. Brzuch nigdzie nie bolesny, żołądek miernie rozdęty.

4. Po obiedzie jednokrotne wymioty bez dalszych następstw.

7/3. Wyjęto resztę szwów. Chora odżywia się zupełnie normalnie, jak inni chorzy kliniki.

9/4. Jednokrotne wymioty. Żołądek zawsze jeszcze cokolwiek rozdęty. Innych przypadłości chorobowych nie ma.

13/3. Stan choréj zupełnie prawidłowy. Wymioty nie powtórzyły się. Żołądek nie daje się już wymacać. Odżywienie prawidłowe.

19. Stan choréj zupełnie zadowalający. Odżywienie lepsze niż przed operacyją, apetyt dobry. Wymiotów ani bólów w brzuchu nie ma. W tym stanie chora opuściła klinikę dnia 22 marca. (Dok. n.)

II. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od r. 1879 do 1882.

Podał Dr. Emanuel Rosenblatt.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 10).

Obydwa zatém przypadki nasze tyczące się drgawek w przebiegu krztuśca zakończyły się niepomyślnie. Pierwszy zasługuje już z tego względu na uwagę, że dotyczył chłopca 7-letniego, podczas gdy wielu autorów, a między nimi Rilliet i Barthez, utrzymują, iż nie widzieli ich u dzieci powyżéj lat 5, daléj, że wystąpiły drgawki w 2 napadach, z których pierwszy trwał tylko $\frac{1}{2}$ godziny, drugi, po przerwie 2-dniowéj, dwie godzin i zakończył się śmiercią, następnie, że wystąpiły zmiany w moczu po napadzie drgawkowym polegające na pojawieniu się znacznéj ilości fosforanu wapniowego zasadowego, a wreszcie z tego względu, że napad drgawek nie wystąpił na szczycie choroby, lecz już w okresie zmniejszania się liczby napadów krztuścowych. Drugi zaś zasługuje na uwagę najpierw dla kurczu głośni wikłającego krztusiec, mimo, że chory liczył już lat 2 i 5 miesięcy, a zatém więcéj niż 21 miesięcy, jak to Flesch za granicę co do możności powstania skurczu głośni uważa, i wcale nie okazywał zboczeń krzywiczych, powtóre zaś dla wystąpienia porażenia czynnościowego, jak to sekcyja wykazała. Co do sekcyi, to ciekawém jest, iż w obydwu przypadkach wykazano zmiany serowate w gruczołach oskrzelowych, od których to obrzęku wywodzi *Guéneau de Mussy* drogą ucisku na nerw błędny wszelkie objawy krztuśca.

f) W czerwonce.

1) Józef Radoń chłopiec 9-letni, dość dobrze odżywiony przyjęty do szpitala 16 maja 1879 z zapaleniem nerek prawdopodobnie po płonicy. Obrzęk surowiczy skóry ogólny głównie zaś powłok brzusznych, lędźwi i odnóg dolnych. Ropotok z obydwu przewodów słuchowych. Oczy w zezie zbieżnym, źrenice miernie szerokie. Mierny nieżyt oskrzeli, płyn wolny w jamie brzusznej sięgający do pępka. Mocz

wysycony zawiera białko w znacznej ilości, w osadzie wałeczki Belliniego przeźroczyste. Rozwolnienie. W dalszym przebiegu po stosowaniu wstrzykiwań podskórnych chlorku pilokarpinu obrzęk surowiczy ustępował i chory czuł się swobodniejszy. Stolców mimo podawania kwasu garbnikowego i proszku Dowera w odpowiednich wiekowi dawkach dziennie 5 do 7, są one fiegmiste, brunatne, zupełnie płynne. 7/6 dopiero pokazuje się krew w stolcach, stolce b. liczne, skąpe połączone ze znacznêm parciem. Ciepłota 37·4° C. 9/6 W ciągu doby 16 wypróżnień. Ból brzucha. Tętno słabe c. 37·0° C. 11/6 Po południu krótko trwające drgawki ogólne, później bezprzytomność, zapad i śmierć o godzinie 9 wieczór. Rozbiór moczu wykonany 10/6 wykazał „bardzo małą ilość białka a w osadzie nader pojedynczo tu i owdzie urywki wałeczków Belliniego". Sekcyja 13/6 1879 wykazała: *Phlegmone submucosae coli descendentis cum exulceratione mucosae, enteritis ulcerosa follicularis. Nephritis parenchymatosa chronica in stadio infiltrat. incip. Tumor lienis melanotic. Hydrops ascites et anasarca.*

2) Barbara Kaczkowska dziewczyna 1-roczna, źle odżywiona ze zboczeniem w odżywieniu krzywiczém przyjęta 15 listopada 1880 z obustronném zapaleniem płuc. Ciemię zapadłe, skóra wiotka marmurkowata, gruczoły karkowe i pachwinowe przerosłe twarde, zanik mięśni, stłumienie odgłosu wypukowego około kąta łopatki lewéj i ponad szczytem płuca prawego, oddech oskrzelowy, w płucu prawém nadto trzeszczenia drobne w podstawie. Brzuch wielki lecz podatny, obrzęk stóp surowiczy. Chory nie gorączkuje; rozwolnienie. 16go stolce zielone, flegmiste, oddawanie połączone z bólem, ilość na dobę 12, ciepłota wieczorna 37·4° C. 17go Stan ten sam, w moczu ślad białka, wałeczków w osadzie nie stwierdzono. 18go Fałd nosowo wargowy po stronie prawéj, zwłaszcza przy płaczu, o wiele wyraźniéj się rysuje niż po lewéj. Po południu lekkie bardzo drgawki mięśni mimicznych objawiające się chwilowém wykrzywianiem twarzy. Bezwiedne skubanie kołdry palcami. Ciepłota 39·0° C. Głos dziecka znacznie osłabł. Stolców 10. 19go o godzinie 11 rano rozpoczęły się drgawki ogólne, czkawka, oddech charczący, daléj tor oddechowy Cheynego Stokesa, zapad ogólny i śmierć o 1 po południu.

Sekcyja wykonana 21 listopada wykazała: *Pneumonia lobularis bilateralis. Emphysema pulmon. utr. et oedema. Ulcera coli diphterica sbsqu. nephritide (bacterica) dextra. Residua nephrit. interstitialis. Catarchus intestini tenuis. Hyperplasia gland. mesaraic. Marasmus universalis.*

Pierwszy z powyższych przypadków przedewszystkiém z tego względu jest ciekawym, iż drgawki wystąpiły w przebiegu czerwonki u dziecka już starszego, bo 9 lat liczącego, podczas gdy niektórzy pedyjatrzy tylko do czwartego roku możliwość takowych przypuszczają, dalej nie towarzyszyło drgawkom znaczne podwyższenie ciepłoty, ani też nie wystąpiły podczas silnego parcia, lecz tylko jako objaw przedśmiertny poprzedzając zapad ogólny u dziecka już poprzednio w skutek zapalenia nerek wyniszczonego. Dla tego téż powstały one najprawdopodobniéj tylko w skutek niedokrewności mózgu a może i miernego obrzęku, chociaż przy sekcyi tego wykazać nie było można. W przypadku drugim odpowiadał przebieg drgawek poniekąd obrazowi chorobowemu hydrocefaloidu: obrzęk surowiczy stóp i zaklęśnięcie ciemienia u dziecka 1-rocznego wyniszczonego w skutek silnego rozwolnienia, wyprzedzanie drgawek szybko mijającém wykrzywianiem twarzy, skubaniem kołdry, wreszcie objaw Stokesa, za tłumaczeniem tém przemawiały, podwyższenie atoli ciepłoty do 39° C., podczas gdy w hydrocefaloidzie bywa nawet subnormalną (Filatov), brak innych zwykłych przypadów jak n. p. wymiotów, wykrzykiwania, zrywania się ze snu a wreszcie szybkość przebiegu wskazywały, iż drgawki te wywołane zostały prawdopodobniéj bezpośrednio przez podrażnienie środków nerwowych, czemu téż i wynik sekcyi w zupełności odpowiada. Nie napotkano bowiem ani obrzęku mózgu ani przesięku w przestworach podpajęczych, natomiast rozległe wrzody błonicowe w jelicie z następowemi zmianami ogniskowemi w nerce prawéj, w dwójnasób powiększonéj, w skutek dostania się tamże prątków błonicowych, jak to podobne przypadki już Oertel, Eberth, Letzerich i inni opisali. Żałować wypada, że kora mózgowa w tym kierunku drobnowidowo nie została zbadaną.

g) W zimnicy.

1) Stanisław Longa, chłopiec 3-letni, miernie odżywiony, przyjęty do szpitala 8 kwietnia 1880. Od czasu do czasu miewa napady drgawek połączone z wysoką gorączką, rozpaleniem twarzy; po ustępowaniu napadu przytomny pocił się znacznie. Wymiotów nigdy nie zauważono. Na kośćcu zwłaszcza na żebrach i obojczykach ślady krzywicy, skóra z wyjątkiem kilku mniejszych plam i smug sinych, prawdopodobnie od pobicia powstałych, prawidłowa, gruczoły karkowe liczne, drobne, zbite. Przytomność niepewna, twarz zbrzękła, spojrzenie oczu groźne, rys nosowo wargowy prawy wybitny, lewy zamazany. W płucach zmian nie ma, tony serca czyste, dźwięczne, brzuch wysklepiony, przeczulica powłok znaczna, głównie zaś w okolicy podżebrza lewego, skutkiem czego śledziony obmacać nie można; przez wypuk jednak stwierdza się znaczny jej przerost. Stłumienie odgłosu wypukowego ponad zatoką biodrową lewą. Ręka lewa kurczowo w pięść zaciśnięta. Ciepłota wieczorna 39·0° C. 8/4 ciepłota ranna 37·9° C., przytomność zupełna, dziecko jednak zrzędne; po zażyciu olejku rycynowego kilka wypróżnień c. w. 38·0° C. W nocy zauważono drgawki przerywane około 10 minut trwające ogólne, następnie gorączkę i poty, poczém dopiero chory spokojnie zasnął. 9/4 c. r. 37·5° C., brzuch podatny, przeczulicy nie ma, śledziona z łatwością daje się wymacać, jest znacznie powiększoną, twardą, za uciśnięciem bolesną, c. w. 39·3° C. drgawek nie było, natomiast zrywania się chwilowe, i majaczenie. 10/4 c. r. 37·0° C. c. w. 37·5 °C., po użyciu siarkanu chininu począwszy od 9 kwietnia do 13 śledziona nieco zbrzękła, napady już nie powróciły, tak że chory 23/4 mógł zakład opuścić.

Aczkolwiek podczas pobytu tylko jeden napad drgawek spostrzeżono, to jednak na podstawie wywiadów, typowego przebiegu napadu z podniesieniem znacznêm, dłużéj trwającém, ciepłoty ciała, następowemi potami, śpiączką i opadnięciem ciepłoty do stanu prawidłowego, wystąpienia w 24 godzin nowej eksacerbacyi ciepłoty ze zrywaniami i majaczeniem, wreszcie ustąpienia przypadów po zażyciu chininu, rozpoznanie, iż mamy do czynienia z postacią zimnicy *Intermittens convulsiva* zwaną o tyle nie przedstawiało trudności, o ile że prócz obrzęku śledziony żadnéj innéj choroby nie stwierdziliśmy a istniejące w dniu przyjęcia zatwardzenie, choć znachodziło się u dziecka okazującego oznaki krzywicy, zatém do drgawek skłonnego, jako przyczynę drgawek dla tego mogliśmy wykluczyć, raz że jeszcze podczas pobytu w domu dziecię miewało typowe napady, choć wypróżnienia bywały prawidłowe, a powtóre z téj prostéj przyczyny, iż po wypróżnieniu jelita napad w szpitalu jeszcze raz wystąpił.

Podnieść tu muszę jeszcze jednę okoliczność a tyczy się ona częstości drgawek w zimnicy. Na taką ilość dzieci cierpiących na zimnicę, jaką w szpitalu naszym obserwować można, w obec postaci nieraz bardzo ciężkich zimnicy a w przecięciu miernego tylko stanu odżywienia, dziwić się musimy, iż drgawki w zimnicy raz tylko jeden zauważyliśmy. Jeżeli uwzględnimy tylko 3 lata, t. j. od 1879—1882, to przez ciąg ten czasu zauważyliśmy tak u chorych stałych jak i przychodnich 296 zimnic świeżych a 232 zastarzałych, wypada zatém, iż na 528 przypadków zimnicy tylko raz jeden przebiegała ona z drgawkami zastępującemi tu dreszcz wstępny, podczas gdy według zdania pedyjatrów niemieckich i angielskich, postać ta zimnicy we wieku dziecięcym wcale nie ma być rzadką. (C. d. n.)

III. Z Zakładu sądowolekarskiego prof. Blumenstoka w Krakowie.

Uwagi nad sądowolekarskiém badaniem plam nasiennych.

Podał Dr. Ignacy Schaitter,
demonstrator przy tymże Zakładzie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 12).

Po tém przedstawieniu i roztrząśnieniu okoliczności utrudniających badania tego rodzaju, wypada nam teraz przedstawić ostatecznie sposób postępowania, który w danym przypadku uważamy za najodpowiedniejszy. Tutaj przedewszystkiém musimy podnieść, że badanie samo ulegnie pewnym odmianom w miarę, czy mamy do czynienia z plamami na przedmiotach twardych, czy téż, co najczęściéj bywa, na płótnie albo na tkaninie wełnianéj, jedwabnéj, na suknie i na włosach. Nie będzie również bez wpływu na użyty sposób okoliczność, czy badamy tkaninę zabarwioną lub téż bezbarwną. Najczęściéj podlegają badaniom plamy na płótnie nie zabarwioném, tu zatém najmniejszą stosunkowo trudność napotykamy w oznaczeniu miejsc podejrzanych. Srogi zawód spotka każdego, kto sądzi, że z połysku plamy nasiennéj można w każdym przypadku rozpoznać stronę splamioną przez bezpośrednie zetknięcie się z cieczą nasienną, od strony, na którą nasienie przesiąkło. Nad tym połyskiem rozwodzą się autorowie z upodobaniem począwszy od Schmidta i oświecają sobie plamę z boku, aby być tém pewniejszymi, którą stronę przedewszystkiém należy uwzględnić. Strona splamiona połyskuje, jeżeli nasienie dostało się na tkaninę w grubéj warstwie i spokojnie sobie na niéj zasychało; ma to miejsce częściéj na plamach sztucznie w pracowni sporządzonych, aniżeli na pochodzących z ubrania osób zgwałconych, gdzie już z saméj istoty rzeczy wynika, że plama nie pozostawała w tak korzystnych warunkach i bezpośrednio po gwałcie była rozmazaną skutkiem ruchów ofiary a czasem może z zamiarem zniszczenia śladów. Powtóre przedmioty przysłane do badania nie są to owe cienkie czyste szmateczki, które sobie dowolnie w celach doświadczalnych plamimy i chowamy starannie w jaszczyku, gdy się uwzględni, że zajścia tego rodzaju mają miejsce najczęściéj w warstwach najniższych społeczeństwa, zmieniających bieliznę może raz na miesiąc a nie kilka razy w tygodniu i ubranych w zgrzebne koszule i to jak u naszego ludu uszyte w połowie dolnéj, a nas tu głównie obchodzącéj, jeszcze z grubszego materyjału, koszule noszące na sobie często cały zbiór plam z potu, moczu, śluzu pochwowego i krwi; gdy się uwzględni, że osoby zgwałcone noszą bieliznę tę jeszcze przez kilka dni i przyznają się zazwyczaj dopiero późniéj, to przyjdziemy łatwo do przekonania, że jeżeli w ogóle dopiszą nam cechy fizyczne, jak tęgość plam i ich brzegi mocniéj zabarwione, wyjątkowo chyba tylko będziemy mogli rozpoznać z połysku stronę splamioną. Zazwyczaj podejrzywamy kilka plam, że pochodzą z nasienia; w tym razie najlepiéj jest wykroić z nich małe kwadraciki tak, żeby pojedyncze nitki nie były dłuższe nad 3 milimetry i ułożywszy je na czystéj miseczce polać odrobiną wody destylowanéj, do któréj dodaje się dwie lub trzy krople zgęszczonego i przesączonego wyskokowego rozczynu eozynu. Miseczkę nakrytą pozostawia się w spokoju przez kilka godzin, potém wyjmuje się ostrożnie szczypczykami jeden mokry kwadracik i rozskubuje się najdokładniéj każdą niteczkę z osobna w kropli wody stalowemi igłami na szkiełku przedmiotowém. Użycie lupy ułatwia znacznie tę część pracy nader ważną, gdyż od dokładności rozskubania zależy powodzenie poszukiwań mikroskopowych. Teraz nakrywszy szkiełkiem cienkiém ogląda się cały preparat systematycznie, używając powiększenia 400—500. W miarę czy dłużéj lub krócéj mokła tkanina w barwiku, znajdujemy plemniki na włókienkach lub do nich przyczepione lub téż wolno pływające. W glicerynie główki ich mają kształt charakterystyczny gruszkowaty, grubszym końcem połączone z ogonkiem lub téż napęczniałe są nieco jajowate, zawsze jednak i stale barwi się mocniéj część przyległa do ogonka, gdy wierzchołek bywa zaledwie różowy tak, że skoro się spostrzeże kilka plemników nie uszkodzonych i zapamięta charakterystyczny sposób barwienia się główek, można następnie oderwane główki po téj cesze rozpoznać; mimo to jednak pewniéj i bezpieczniéj orzekać w sprawach takiéj doniosłości tylko wtedy, jeżeli się całe plemniki spostrzegło, co przy pewnéj wprawie w badaniu i dostatecznéj cierpliwości, niezbędnéj w tym przypadku, udać się musi, jeżeli plama pochodziła z nasienia. W ten sposób postępuje się po kolei z wszystkiemi kwadracikami wyciętemi i zabarwionemi, dzieląc je, jeżeli zachodzi potrzeba, na kilka szkiełek. Jeżeli nie można ukończyć badania na jedno posiedzenie, najlepiéj przechować nierozskubane kawałeczki tkaniny w glicerynie na szkiełku przedmiotowém, gdyż zmianie żadnéj nie ulegną. W ten sam sposób postępowaliśmy z tkaninami **barwionemi**, jak np. z perkalami drukowanemi i jutą kolorową. Do badania plam na tkaninach wełnianych ciemno barwionych lub czarnych służył nam sposób Schauensteina, zmodyfikowany zastósowaniem eozynu. Kwadraciki wycięte z tkaniny splamionéj moczyliśmy w stożkowatym kieliszku w wodzie przekroplonéj z dodatkiem kilku kropel rozczynu eozynu. Po 12 godzinach rozskubywaliśmy tkaninę na ścianie naczynia i wypłukane włókienka wyciskaliśmy do kieliszka. Mętną ciecz pozostającą po wyjęciu wszystkich ile możności włókienek odstawialiśmy w spokoju i ściągaliśmy ciecz przeźroczystą z wierzchu za pomocą pipety, kilka mętnych kropel na dnie stożkowatego naczynia poddawaliśmy teraz dokładnemu badaniu na kilku szkiełkach a wśród przypadkowych zanieczyszczeń tkaniny i jéj resztek udawało nam się zawsze spostrzedz kilka lub kilkanaście nieuszkodzonych plemników zabarwionych żywo różowo. Dodać winniśmy, że nie podobna marzyć o rozpoznawaniu plam nasiennych, jeżeli przedmiot badany był wyprany chociażby raz tylko w czystéj wodzie. Wypranie jednorazowe zniszczy cechy fizyczne tak, że nie pozostawałoby nic innego jak badać systematycznie całą część odzieży, odpowiadającą częściom płciowym;

niemożności dokładnego wykonania tego rodzaju badania nie potrzebujemy zapewne dowodzić. Badanie plam na tkaninach jedwabnych jest zadaniem dość wdzięczném, gdyż jedwab najłatwiéj rozskubywać igłami, szkoda tylko, że w praktyce sądowolekarskiéj u nas prawie nigdy się nie zdarza. Obok badania plam na odzieży, ważném może być badanie włosów, czy na nich nie wykaże się plemników. Skłonny do przesady Pfaff (10) odrysował w swojéj monografii takie włosy pokryte całemi gromadami plemników, ba nawet kryształami nasiennemi. Badaliśmy w tym kierunku włosy zamoczone w nasieniu, wysuszone i przechowane w szklanym jaszczyku, ale nigdy nie udało nam się otrzymać obrazów nawet w części zbliżonych do rysunków Pfaffa; widocznie tak jak w tekscie swojéj rozprawy tak i w rysunkach do niéj dołączonych zwalniał Pfaff wodze fantazyi, na co się już nie jeden autor dał ułowić.—Sądzimy, że mając tego rodzaju zadanie, należałoby włosy pokrajać w kawałki długości 4 do 5 milimetrów i moczyć w kilku kropelkach wody przekroplonéj zabarwionéj eozynem w naczyniu stożkowatém, następnie tak włosy jakoteż wszystką ciecz różową poddać dokładnemu badaniu mikroskopowemu na kilku, względnie kilkunastu szkiełkach. Celem zbadania plam na drzewie np. na podłodze, należy je zeskrobać ostrém narzędziem i proszek zeskrobany namoczyć na kilka godzin we wodzie zabarwionéj eozynem, następnie poddawać ten osad badaniu mikroskopowemu, dzieląc go sobie na kilka lub kilkanaście szkiełek. Wśród cząstek drzewa udawało nam się zawsze wykryć plemniki, chociaż plamy były robione na podłodze w miejscach najwięcéj uczęszczanych.

Niepodobna tutaj pominąć milczeniem sposób Vogla (24), ogłoszony właśnie w ciągu ubiegłego roku. Radzi on skrobać zwilżoną plamę ostrym nożem i cząstki zeskrobane oczyszczone z resztek tkaniny badać mikroskopowo po dodaniu kwasu siarkowego zgęszczonego i kropli tynktury jodowéj. Pomijając już okoliczność, że kto ma jaki taki mikroskop, nie zechce narazić go na zniszczenie przez przypadkowe zanurzenie systemu w kwasie siarkowym zgęszczonym, co się nawet wprawniejszemu zdarzyć może, musimy powiedzieć, że sposób ten obok wielu niedogodności nie posiada żadnych zalet przed sposobem pierwotnym Roussina. Jeżeli doda się za dużo kwasu, to się na szkle wszystko spali, jeżeli zaś tynktury jodowéj za dużo się dostało, obraz nie różni się od obrazów Roussina. Jest tylko pewien stosunek, który nader trudno utrafić, a wtedy otrzymuje się obrazy dość wyraźne i plemniki żółto zabarwione. Z tém wszystkiem jednak przyzna każdy wyższość temu postępowaniu, które ma na celu gruntowne zbadanie całéj grubości tkaniny i prawie każdego włókienka, nad postępowaniem polegającém na badaniu odrobiny powierzchownie zeskrobanéj, a sam autor odkrywa nam w końcu słabą stronę swojego sposobu dodając, że nigdy nie udało mu się przechować przez czas dłuższy preparaty tym sposobem sporządzone. Mówiąc o sposobach barwienia potępia je całkowicie i nad zastósowaniem barwików anilinowych, których miał używać, przechodzi do porządku dziennego. Właśnie ta okoliczność, że stosując jednakowe odczynniki doszliśmy do rezultatów wprost przeciwnych rezultatom Vogla, dowodzi bez wątpienia, że tutaj nie tyle sposób postępowania, ile osobista wprawa i doświadczenie badającego i zwracanie bacznéj uwagi na drobiazgi przez innych pomijane mogą doprowadzić do celu.

IV. Oceny i sprawozdania.

Link: Beiträge zur Kenntniss der Lageabweichungen des Uterus. Wien, 1883.

Pod powyższym tytułem wyszła praca Dra Linka obejmująca dwa arkusze druku. Autor poprzedziwszy rzecz samą anatomicznym wywodem, dotyczącym prawidłowego położenia macicy w miednicy i stosunku jéj do organów sąsiednich, zestawia 132 przypadków zboczeń w położeniu macicy. Do zestawienia wybierał tylko same wybitne przypadki, które stanowią niemal czwartą część (25·8%) wszystkich przypadków ginekologicznych, które w ciągu 20 miesięcy obserwował.

Między powyższemi 132 przypadkami napotkał:

przodopochyleń	9 =	6·8%
przodozgięć	15 =	11·3%
tyłopochyleń	34 =	25·8%
tyłozgięć	60 =	45·9%
pochyleń na prawo	3 =	2·2%
„ „ lewo	6 =	4·4%
pochyleń na prawo i ku tyłowi	2 =	1·4%
„ „ lewo i „ „	3 =	2·2%.

Okoliczność, że widział stosunkowo dużo przypadków tyłozgięć i tyłopochyleń w przeciwstawieniu do przodozgięć i przodopochyleń, tłumaczy tak, że obserwował prawie wyłącznie osoby zamężne, między któremi zmiany powyższe częściéj się przydarzają. Mówiąc o poszczególnych zmianach w położeniu macicy, przytacza równocześnie i inne zboczeczenia narządu płciowego, które w przypadkach omawianych napotykał, nie wykazuje jednak dostatecznie przyczynowego związku między temi ostatniemi a zboczeniami w położeniu macicy, a tém samém i objawy, które spostrzegał, odnoszą się do przypadków poszczególnych, a nie do zmian w położeniu macicy.

Zastanawiając się nad powstawaniem tyłopochyleń macicy uważa za niemożebne, że dobrowolne zatrzymywanie moczu w pęcherzu mogło prowadzić do tyłopochylenia macicy, a w zamian wypowiada zdanie, że raczéj przez zbliżenie części pochwowéj do spojenia kości łonowych, jakie w przypadkach tyłopochyleń macicy ma miejsce, część pochwowa wywiera ucisk na cewkę moczową, a tém samém utrudnia oddawanie moczu a w następstwie sprawia rozdęcie i przerost pęcherza.

Między przypadkami tyłozgięć macicy u 15 kobiet niepłodnych nie mógł wykazać innéj przyczyny, jak zwiotczenie narządu płciowego, które odnosi do samogwałtu albo pożycia z niedojrzałymi lub niedołężnymi mężczyznami. W 45ciu zaś przypadkach osób, które rodziły, odnosi powstanie cierpienia do przebytych połogów. Co do sposobu powstawania tyłozgięć macicy u osób, które rodziły, między innemi przedstawia autor takie zapatrywanie: osoby ciężarne w celu utrzymania równowagi podczas chodzenia, w obec wzrastającéj objętości brzucha, przechylają kręgosłup ku tyłowi, i zwiększają krzywiznę tegoż w okolicy kręgów lędźwiowych zmniejszając nachylenie miednicy. Po wypróżnieniu macicy stosunki nie powracają do stanu pierwotnego, lecz owszem skutkiem rozdęcia ściany brzusznéj, rozstępów między mięśniami prostemi brzucha, jama brzuszna staje się obszerniejszą niż była przed ciążą, jelita ciążą ku przodowi, czemu sprzyja nagromadzenie kału i gazów w tychże. Z tego powodu, mówi autor daléj, musi kobieta po przebytéj ciąży zachować taką postawę, jaką podczas ciąży miała, a więc

ciało macicy, które przed ciążą leżało przed punktem ciężkości zostaje ciężarem jelit zepchnięte i znachodzi się poza punktem ciężkości, a ciężar, który działał przed ciążą na tylną ścianę ciała macicy, spoczywa po téjże na jego przedniéj ścianie i spycha je do wygięcia kości krzyżowéj.

Nie myślimy twierdzić, że kobiety po przebytéj ciąży mają w zupełności taką samą postawę, jak przed ciążą, nie możemy się jednak zgodzić na to, aby zmiany możebne dochodzić miały téj doniosłości, jaką im autor przypisuje.

Omawiając objawy chorobowe, jakie w przypadkach tyłozgięć macicy napotykał, stwierdza, że nigdy nie napotykał powikłań z cierpieniami jajników, mimo że w 5ciu przypadkach obserwował zstąpienie tychże do jamy Douglasa. Żadna chora nie żaliła się na ból śród spółkowania, jak niemniéj na ból przy oddawaniu stolca. W dalszym ciągu ponieważ najznaczniéj rozwinięte objawy nerwowe napotykał obok tyłozgięć macicy, wypowiada swoje zapatrywanie na znaczenie tychże objawów w ogólności, polemizuje z Rheinstädterem, a co do przyczyn wywołujących takowe przypuszcza zmiany anatomiczne narządu płciwego, a jako okoliczności sprzyjające powstawaniu i szerzeniu się tychże: samogwałt i nienaturalne lub niedołężne spółkowanie ze strony mężczyzny.

Leczenie w przypadkach przodopochyleń ma być objawowém. Aczkolwiek nie jest zwolennikiem leczenia ortopedycznego, w przypadku przodozgięcia używał krążka śródmacicznego Simsa, a chora po trzechtygodniowém leczeniu zaszła w ciążę i w trzecim miesiącu poroniła z niewiadoméj przyczyny, poczém przodozgięcie powróciło. Przy téj sposobności wyraża się autor z nieufnością o hysterostomatomii, któréj w celu uzyskania drożności przewodu macicy, nawet w obec bardzo wązkiego ujścia, nie wykonywał. Nie używa także i innych sposobów rozszerzania szyi macicy i przestaje na prostowaniu macicy za pomocą zgłębnika macicznego, a nadto leczeniu objawowém i powikłań. W tyłopochyleniach używał krążków Hodga a w dwóch przypadkach Mayera. Krążki te uważa słusznie za najlepsze, między innemi jednak chwali je dla tego, że chore, którym je zakłada, mogą je sobie same wyjmować i napowrót zakładać. Na ostatni ten wzgląd zgodzić się nie możemy, bo aczkolwiek osobie choréj założenie krążka może się udać niejednokrotnie, to przecież często dzieje się przeciwnie i chora zamiast polepszyć mimo woli pogarsza swój stan, co nieraz widzieć mieliśmy sposobność. W tyłozgięciach podaje, że używał krążków Hodga, przenosi nad nie jednak Simsa z drutu miedzianego pokryte sprężnikiem, a to ze względu, że dają się łatwiéj dowolnie naginać, a więc do danego przypadku zastosować.

Powikłania leczył zwykłemi sposobami. Objawy nerwowe zwalczał już to za pomocą leczenia miejscowego, już téż używał innych sposobów a nawet w jednym przypadku hypnotyzmu.

Po krótkiéj wzmiance o zmianach położenia macicy na boki, kończy autor pracę uwagą o leczeniu przypadków obniżenia i wypadnięcia macicy. W przypadkach, które obserwował, zakładał krążki Mayera albo Vullieta, w niektórych zaś przypadkach musiał się uciekać do założenia wyszłego już niemal z użycia krążka Zwanck-Schillinga, o którym powiada, że używa go z niechęcią, albowiem jest trudny do czyszczenia, zmienia swe położenie w pochwie i ugniata cewkę moczową, ale chore go chwalą.

Zajmującemi są opowiadania kazuistyczne, któremi autor swą pracę przeplata.

Pod koniec niniejszego sprawozdania wypada nam wypowiedzieć żal, że autor wykonywający praktykę lekarską w Stryju, własnym nakładem wydał pracę w języku niemieckim a nie polskim. *Dr. Mars.*

T i t t e l: **Środki znieczulające podczas porodu.**

Na 85ém posiedzeniu towarzystwa ginekologicznego w Dreźnie zdawał Dr. Tittel sprawę z użycia podniedokwasu azotu *(Stickstoffxydul)* miasto chloroformu w 50ciu porodach w tamtejszym zakładzie położniczym odbytych. Postępowano według wskazówek Klikowicza w Petersburgu w rok przedtém ogłoszonych. Gaz wydobywano z azotanu amonowego i chwytano go w worki kauczukowe; te jednak nie okazały się praktycznemi, gdyż gaz psuł ściany worka po dłuższém używaniu i z worka się wydobywał. Do prób wybierano głównie pierwiastki z bardzo dotkliwemi bólami porodowemi, u których tętno, tony serca, siłę i częstotliwość bólów porodowych dokładnie poprzednio oznaczono. Wyniki we wszystkich przypadkach były znakomite. T. obserwował, że bóle tém prędzéj się zmniejszały, im inteligentniejsze były chore, gdyż te prędzéj o skutku się przekonywają i zdają sprawę, wszystkie jednak działanie gazu sobie chwaliły i dalszego użycia żądały. W większéj ilości przypadków po wziewaniu gazu rodzące popadały na krótki czas w pewien stan upojenia; kilkakrotnie spostrzegano wyraźną skłonność do śmiechu. T. sądzi, iż trzeba już w pierwszym okresie porodowym rozpocząć wziewania, gdyż spokojniéj chore oddychają wówczas, a działanie gazu korzystne przeciąga się jeszcze i na drugi okres porodu. Wyniki były następujące: Tętno prawie we wszystkich przypadkach stawało się znacznie powolniejszém, podczas gdy tętno płodu stawało się nieco szybszém z wyjątkiem czterech przypadków, w których było powolniejszém. Ciepłota wzmagała się o kilka dziesiętnych, źrenice zwężały się bardzo mało. Bóle porodowe nietylko nietraciły nic na sile i częstosci, lecz w wielu przypadkach stawały się silniejsze, dłuższe i częstsze, co stwierdzono także u kilku wieloródek, u których słabe i rzadkie bóle po użyciu gazu stały się częstszemi i silniejszemi. Uporczywe wymioty w 4ch przypadkach po użyciu gazu ustawały. Jeden przypadek afazyi, jak ją Klikowicz opisuje obserwował i T.; raz nastąpił napad hystero-epileptyczny, raz czysto epileptyczny. Zresztą nie zauważono żadnych przypadków złych, a cała trudność w użyciu tego sposobu znieczulenia polega jedynie na nieco zbyt kosztownem jeszcze wytwarzaniu tego gazu. (*Centralblatt für Gynäkologie* 1883, Nr. 10).

Dr. Kohn.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak.

Posiedzenie VI z d. 29 grudnia 1882.

Przewodniczący Dr. Ściborowski. Obecnych członków 10.

1) P r z e w o d n i c z ą c y powitał po raz pierwszy obecnych na posiedzeniu członków Komisyi Dra Wład. G l u z i ń s k i e g o i Dra Alf. W o l f r a m a.

2) P r z e w o d n i c z ą c y złożył do księgozbioru Komisyi rozprawę prof. K o r c z y ń s k i e g o „o wodzie morszyńskiéj,“ przezeń ofiarowaną, oraz od Komitetu administracyjnego dla Szczawnicy broszurę pt. Szczawnica, zawierającą odparcie zarzutów zakładowi robionych.

3) P r z e w o d n i c z ą c y przedstawił potrzebę rozesłania i w roku bieżącym do zakładów zdrojowych i klimatycznych w kraju będących wezwania o nadesłanie sprawozdań z ubiegłéj pory zdrojowéj. Wniosek przyjęto.

4) Dr. Skórczewski wnosi, aby uwzględniając niedogodność, na jaką narażeni są podróżni udający się w porze letniéj do zakładów zdrojowych Krynicy, Szczawnicy i Żegiestowa, zmuszeni w dworcu kolei żel. w Tarnowie po kilka godzin i to w porze nocnéj wyczekiwać w salach niemających wygodnych sprzętów, wnieść podanie od Komisyi do Ministerstwa handlu, aby zechciało zarządzić usunięcie tych niedogodności. Wniosek przyjęto, napisaniem i wysłaniem podania zajmie się przewodniczący w porozumieniu z wnioskodawcą.

5) Dr. Wolfram odczytał sprawozdanie z pracy Dra Scherpfa, byłego lekarza zdrojowego w Bocklet, o powiększaniu się ilości hemoglobiny we krwi pod wpływem używania wód żelezistych. W streszczeniu brzmi ono jak następuje:

Pod wpływem używania wód żelezistych w Bocklet, jakotéż dzięki korzystnym higijenicznym i dyjetetycznym warunkom, jakie w miejscach kąpielowych niepoślednią odgrywają rolę, polepszał się według Scherpfa stan ogólny, jakotéż ustępowały miejscowe niedomagania niemal u wszystkich chorych, cierpiących na blednicę lub niedokrewność, przyczém nie zawsze dawał się wykazać pewien przyczynowy związek między zachowywaniem się ilości hemoglobiny a stanem podmiotowym chorych. Ilość hemoglobiny, oznaczana metodą Vierordta, zwiększała się u różnych chorych rozmaicie, raz prędzéj drugi raz powolniéj, w pewnych przypadkach dosięgała we względnie krótkim czasie cyfry normalnéj, w innych można było stwierdzić tylko pewne polepszenie się w téj mierze. Najkorzystniéj dozwalały rokować przypadki typowéj, niepowikłanéj blednicy, mianowicie jéj forma menorhagiczna. Zdarzały się jednak i przypadki, gdzie mimo stósowania wszelkich środków, mogących podniecić przemianę krwi, wynik leczenia pozostał ujemnym, chociaż przypadki te nie przedstawiały wcale cech niedokrewności złośliwéj. W niektórych razach ilość hemoglobiny mimo kuracyi kąpielowéj nawet się początkowo zmniejszała, aby po niejakim czasie wzmódz się na nowo, a niekiedy dojść do cyfry normalnéj. Zjawisko to tłumaczy autor częścią szybszém odtwarzaniem się istot białkowatych, soli i wody, a powolniejszém składników upostaciowanych, skutkiem czego krew chwilowo mogła się wydawać względnie uboższą w hemoglobinę, częścią zaś bierze je na karb wcześniejszego pojawiania się regularności wśród leczenia kąpielowego, powołując się na fakt, powszechnie znany, że u chorych niedokrewnych przed nastaniem miesiączki zmniejsza się znacznie ilość ciałek czerwonych krwi, aby z chwilą jego pojawienia się wzmódz się na nowo, a niekiedy nawet znacznie przekroczyć cyfrę normalną. W ogóle autor nie odmawia znaczenia leczniczego także kwasowi węglowemu i solom we wodach tych zawartym, jakotéż i warunkom klimatycznym w Bocklet, mniema jednak, że już samo żelazo wód żelezistych bardzo ważną w takich razach odgrywa rolę.

6) Dr. Wolfram odczytał sprawozdanie z uwag Benekego: O znaczeniu zdrowotném pobytu zimowego w Norderney.

Beneke zachęcony świetnemi wynikami, jakie postrzegał u chorych, dotkniętych przewlekłemi zmianami zapalnemi w płucach, szczególniéj w okresie wczesnym, gdy przez dłuższy czas korzystali z świeżego powietrza nad wybrzeżami morza północnego, zalecał chorym tego rodzaju pobyt w Norderney nie tylko w miesiącach letnich, ale także i w porze zimowéj. Jakkolwiek w kilku przypadkach lekkie krwotoki płucne były niewątpliwie następstwem wahań znaczniejszych w ciśnieniu powietrza, ogółem jednak klimat podczas zimy jest tam względnie łagodnym, ciepłota wśród dnia dosyć jednostajną, powietrze wilgotniejsze niż na lądzie stałym, za to wolne od pyłu i kurzu, a i warunki higijeniczne wcale dobre. Spostrzeżenia Benekego odnoszą się do 53 chorych, między którymi 27 cierpiało na suchoty płucne, więcéj lub mniéj posunięte, pięciu zaś okazywało wyraźne ślady cięższego zakażenia zołzowego. Najlepsze wyniki dawały przypadki téj formy suchót płucnych, która zdaniem autora rozwija się na tle zapaleń przewlekłych, mianowicie wtedy, gdy zmiany miejscowe, jakkolwiek przedmiotowo już wykazać się dające, znajdują się jeszcze w wcześniejszym okresie. W dwóch takich przypadkach nacieki w szczytach rozeszły się zupełnie, u reszty stwierdzić można było tak przedmiotowo jak podmiotowo widoczne polepszenie. Również i suchotnicy z daleko posuniętemi zmianami w płucach, jakich w ogóle tylko bardzo niechętnie wysyła autor do Norderney, doznawali przynajmniéj podmiotowo ulgi w swoich cierpieniach. Mniéj się nadają do pobytu w Norderney te przypadki suchót płucnych, które zdaniem autora rozwijają się z przewlekłych nieżytów oskrzelowych, lub polegają na znaczniejszym rozroście tkanki łącznéj w miąższu płucnym; jakkolwiek w przypadkach takich stan ogólny doznaje także polepszenia, nieżyt jednak widocznie się nie pomniejsza. Dlatego to dla téj formy suchót płucnych, którą autor nieżytową zowie, pobyt w miejscach klimatycznych, wysoko położonych zdaje się być odpowiedniejszym, niż nad wybrzeżami morza.

7) Przewodniczący zawiadamiając, że obecnie kończy się trzylecie, na które był wybrany Zarząd Komisyi, podaje krótki pogląd na jéj czynności w ciągu trzech lat ubiegłych, uważając za główną przeszkodę działania Komisyi w szerszym zakresie nie wielki udział członków w posiedzeniach i pracach téjże, zwłaszcza ze strony młodszych kolegów.

8) Przystąpiono do wyboru Zarządu na następne trzy lata. Wybrani zostali: przewodniczącym Dr. Władysław Ściborowski (ponownie), zastępcą przewodniczącego Dr. Karol Olszewski prof. chemii w U. J., sekretarzem Dr. Wład. Ant. Gluziński, asystent kliniki lekarskiéj U. J., biblijotekarzem Dr. Bolesław Skórczewski (ponownie). Na tém posiedzenie ukończono.

Dr. W. A. Gluziński.

VI. W obcéj szacie.

Jak winne hołdy z podległego kraju
Żebrak Wam piosnkę przynosi w ofierze

Zawsze mi te wiersze na pamięć przychodzą, ilekroć w jakiém piśmie zagranicznem napotykam prace polskich lekarzy; a ta sposobność bardzo często się zdarza.

Pragnąłbym odgadnąć, z jakiém wrażeniem redaktor obcego pisma przyjmuje prace polskiego pisarza. Z pewnością duma cudzoziemca musi być błogo podrażniona tym dowodem uznania. Za to naród autora w dziwnie upokorzonéj przedstawia się postaci. Widocznie piszący nie ma z kim w kraju dzielić się spostrzeżeniami i myślą, skoro aż za granicę te produkty wysyłać musi i w obcych pismach prosić o gościnność. Podobno nieraz redaktor wyraźnie okazuje, jaką łaskę wyrządza autorowi pomieszczając jego pracę.

Ale daleko ciekawszą zagadkę stanowi sam autor. Dlaczegóż, mając w kraju pisma lekarskie, szuka gdzieindziéj miejsca dla swych artykułów? Dla czego nie pisze prac swoich w tym języku, w jakim zostały obmyślane i nie drukuje we własnych pismach? Wszakże mamy parę gazet lekarskich tygodniowych, mamy Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego i wydawnictwa Akademii Umiejętn. Dla prac rozmaitéj rozciągłości i kierunku wrota otwarte; wszystkie te pisma mają dosyć miejsca i raczéj na brak artykułów, niż na ich nadmiar się żalą. A i o nowe pismo nie trudno; zjawi się z pewnością, gdy będzie potrzebne. Dla czegóż w tych pismach nie pomieszczają prac swoich piszący lekarze?

Autorowie prac naukowych najczęściéj nie władają doskonale obcym językiem i szukać muszą tłumacza. Kto nawet sam tę pracę podjąć jest zdolny, ten własne swe myśli tłumaczyć musi na język im obcy. Nie tylko trud swój autor powiększa, ale poświęca i tę naturalną harmoniję, jaka istnieć powinna pomiędzy myślą a słowem. Dlaczego to wszystko?

„Piszemy artykuły w pismach zagranicznych, ażeby świat naukowy je czytał, wszak są prace, których w kraju po prostu nie ma kto czytać.“ Doprawdy autorowie, którzy lubią swe prace ogłaszać w obcych językach, często mają zbyt nizkie o swych rodakach pojęcie; błahe, popularne artykuły ogłaszają po polsku, a skoro tylko artykuł trochę ważniejszym się wydaje, przechodzi za granicę. Już pomiędzy nami nie widzi autor ludzi, którzyby je ocenić umieli;

wreszcie, kto ciekaw, niech w pismach niemieckich szuka prac swego rodaka.

Wcale nie wyjdzie na jedno, czy praca będzie u nas, czy za granicą drukowana; wpływ jéj w jednym i drugim razie jest zgoła inny. Praca, pomieszczona w jednéj z naszych gazet, jest przez wielu czytana; chwalą ją i ganią, często ktoś na nią odpowie, często kogoś innego do spostrzeżeń pobudzi. Tylko w ten sposób stopniowo rozwija się piśmiennictwo i liczba prac rośnie. Artykuł nawet polskiego pisarza, w zagraniczném piśmie pomieszczony, już tego ożywczego wpływu nie wywiera.

Może niejedna praca odpowiedniejsze naprawdę znalazłaby miejsce, niż w naszém; każda literatura ma pewne odrębności, każda innym potrzebom ma zadość uczynić. Ale autor już z góry dla pewnego pisma pracę swą przeznacza i do tego zamiaru ją przykrawa. Gdyby ją postanowił po polsku ogłosić, jużby ją odpowiednio napisał.

Że praca dla ogólnéj nauki zaginie, to próżna obawa. Autor może być spokojny, że nauka z jego pracy wyciągnie wszystkie nowe poglądy, jeżeli jakie nowe wygłosi. Dzisiaj żadna zdobycz naukowa nie może się zawieruszyć. Wreszcie kto tak dba o to, aby nie pokrzywdzić ogólnego skarbca ludzkości, niech swą pracę ogłosi w paru językach, ale niech zaznaczy, że to tłumaczona [1]).

W naszych stosunkach strata dosyć znacznéj liczby prac, przeważnie lepszych, jest stratą dotkliwą. Możemy śmiało twierdzić, że ten eksport osłabia naszą lekarską literaturę, że jest ona uboższą, niżby być powinna. Ale ta strata nie jest najprzykrzejszą. Ogłaszanie prac naukowych dosyć miernych, a choćby ważniejszych w obcych językach, stanowi tak wyraźną obrazę własnéj godności, że nie pojmuję, jak można tego nie odczuć.

A jednak nie wszyscy to czują. Owszem niektórzy widzą w tém pewne zadowolenie narodowéj dumy: „niech wiedzą, że i my pracujemy;“ jest to pogląd dosyć naiwny. Zdobywać sobie uznanie innych, choćby z własną stratą, to niedobra metoda i podobno dostatecznie wypróbowana.

„Ależ na całym świecie dzieje się to samo, wszakże i angielskie i włoskie prace napotyka się w pismach niemieckich, nauka nie zna narodowości.“ Powoływanie się na innych w żadnym przypadku nia stanowi dowodu; kto w ten spoąób chce przeciąć rozprawę, ten dobrowolnie z własnego abdykuje sądu. I w innem położeniu znajdują się narody, które się mogą za równe uważać, ich własna literatura dosyć jest bogatą i nie tak bardzo z każdą pracą liczyć się musi; ogłaszając swe prace w obcém piśmie, występują, jak równi z równymi, nie potrzebują się obawiać przykrego uczucia wyższości i łaski. Wreszcie, są to przypadki rzadkie, wyjątkowe i nie sądzę, aby Niemcy naprzykład chwalili swemu rodakowi, gdyby swoje prace systematycznie w angielskich lub francuskich pismach ogłaszał. „Nauka nie zna narodowości,“ zdanie doskonałe dla tych, co pewni hegemonii.

Już lepiéj, gdy kto wprost utrzymuje, że pragnie sobie w ten sposób imię wyrobić w świecie naukowym. Ten motyw ma przynajmniéj za sobą pozór szczerości. Prawdą jest, że ogłaszanie prac w zagranicznych pismach nie jednemu w kraju ułatwiło karyjerę, ale to nie u nas, bo nie my tylko sami lubimy swe prace w niemieckich pismach ogłaszać. Imię naukowe nie tak łatwo zdobyć, jak karyjerę. Imię musi sobie każdy przedewszystkiém w kraju wyrobić, inni go potém uznają. Obce nazwisko obcego człowieka nie łatwo zapamiętają cudzoziemscy czytelnicy. Wreszcie o ile więcéj każdy o to dbać musi, aby go znali i uznawali ci, wśród których żyje. I bodaj czy w tém się nie kryje myśl inna; czy wielu nie po to swe prace za granicę wysyła, aby sobie w kraju imię przez to wyrobić? To podejrzenie mimowoli na myśl przychodzi, choć tak jest upokarzające, że i wypowiedzieć je trudno.

Sądów sumarycznych o tego rodzaju faktach wydawać nie można. Polak, który za granicą zdobył naukę i tam na naukowém stanowisku pozostał, tam ma swój punkt oparcia i pole dla swéj działalności, już jako uczony nie do nas należy. Nas zdobią ci uczeni, jak połysk klejnotu, jak blask odległéj gwiazdy, ale ich światło obcych oświeca. Do nich żalu mieć nie możemy.

Warszawa. *Zygmunt Kramsztyk.*

[1]) Jakkolwiek nie piszemy się na wszystkie wywody szan. autora, chętnie jednak zamieszczamy sąd jego o sprawie, która żywo obchodzić nas powinna; bezwzględnie jednak zgadzamy się na żądanie jego, aby każdy ogłosił prace swoje naprzód w języku ojczystym, a umieszczając je następnie w czasopiśmie obcém zaznaczył wyraźnie, że są tłumaczone. *Red.*

Higijena noworodków i kobiet ciężarnych w Turcyi.

Podał Dr. **W. Jabłonowski**
w Sułtan-Czair w Małéj Azyi.

Po zapoznaniu czytelnika z warunkami, w jakich zwykły się wykonywać obowiązki leczących na Wschodzie, uważam za stósowne ocenić warunki miejscowe, korzystne lub niekorzystne tak dla niemowląt, jak i dla kobiet ciężarnych. Dla dokładniejszego zbadania przedmiotu, uwydatnienia wszystkich jego szczegółów, wyprowadzę na scenę życie małéj rodziny wieśniaczéj, pośród któréj przestrzeganie warunków higijeny naturalnéj jest jedną z najgłówniejszych przyczyn sprzyjających rozwojowi dzieci zdrowych, silnych i dobrze zbudowanych. Jest to rzeczą niezaprzeczenie pewną, jakkolwiek pomijaną przez ogół, że silną i prawidłową budowę wieśniaków należy tylko przypisać najprościejszéj higijenie niezbyt dalekiéj od przestrzeganéj przez zwierzęta, a która przecież jezt najbardziéj naturalną. Przekonałem się o tém w moich podróżach wewnątrz kraju, gdzie spotykając się z warunkami dobréj i złéj higijeny, mogłem z łatwością ocenić jéj rezultaty.

Jakkolwiek to, co spostrzegłem, dla nikogo nie będzie rzeczą nową, ponieważ nauka spostrzegała i oceniła te fakta należycie, to jednak niech mi będzie wolno powiedzieć coś o higijenie ludów bardzo dalekich od świata cywilizowanego, w większéj części niewykształconych i niekiedy prawie dzikich i porównać je z klasą uważającą się za nieporównanie wyższą, daleką jednak od stopnia doskonałości. Drogi bowiem prowadzące do jednego i tegoż samego celu są tu tak różne, że rzucenie na nie pewnego promienia swiatła sądzę że nie będzie zbyteczne.

W roku 1866 w porze zimowéj i bardzo wilgotnéj wypadło mi odbyć podróż po przestrzeni ciągnącéj się między starożytną Antyochią i Alepem. Ranek był bardzo chłodny. Dodając więc odwagi memu pegazowi, tak dla rozgrzania się jak téż zarówno i dla zyskania na czasie, nagle w pobliżu ścieżki wydeptanéj stopą poważnego wielbłąda spostrzegłem mały strumyk, przy którym młoda wieśniaczka zdawała się być zajętą praniem bielizny. Zjawisko to bardzo rzadkie i przeciwne zwyczajom krajowym skłoniło mnie do zbliżenia się ku téj kobiecie, dla dowiedzenia się o rodzaju jéj zajęcia.

Jakież było moje zdziwienie, gdy spostrzegłem, jak kobieta kąpała w strumyku małą dziecinę! Słysząc w niebogłosy krzyczące niemowlę postanowiłem zlitować się nad niém i z całą energiją zwróciwszy się ku kobiecie począłem robić jéj wyrzuty, nazywając niestósownem jéj postępowanie. Matka jednak nie zrażając się wcale obecnością cudzoziemca daléj kąpała dziecko, odpowiedziawszy mi ze szczególną dumą: że tylko co porodziwszy musi przecie obmyć noworodka, i że ich dzieci natychmiast po przyjściu na świat bywają kąpane w rzece, ponieważ w przeciwnym razie pozostałyby tak wątłe i słabowite jak wasze"! Nie wiedząc co odpowiedzieć, przyznałem jéj słuszność i jechałem daléj.

Potrzeba zaś wiedzieć, że w Turcyi, mianowicie azyjatyckiéj, pośród ogólnéj liczby ludności znajduje się znaczna ilość plemion bez religij i prawodawstwa, nigdy nieosiadłych jak inni wieśniacy, a tylko za całe domowstwo mających rodzaj podziurawionego czarnego namiotu, przenoszonego z miejsca na miejsce w ciągu całego lata. Zimą zaś plemiona te zwane „Jurouk", (wędrowny) kryją się w rodzajach grot lub w podziemiach, zwykle z trudnością dających się odszukać. Bardzo téż prawdopodobna, że kobieta, o któréj wspomniałem, należała do téj klasy mieszkańców, i że porodziła w chwili, gdy potrzeba domowa zmusiła ją do udania się nad brzeg strumyka dla nabrania zeń wody. Postępowanie téj kobiety, jakkolwiek bardzo naturalne, wydało mi się zbyt dziwném, widowisko bowiem podobne przedstawiło się mym oczom pierwszy raz w życiu! Wkrótce jednak fakt ten zapoznał mnie z innym jeszcze bardziéj ciekawym, a to ztąd, że zamiast dziwić się, zacząłem badać rodzaj życia tych plemion tak bliskich natury. I w istocie, gdy raz przybyłem do zajętego przez nich koczowiska i pod ich namiotem wypadało mi przepędzić parę nocy, miałem zaraz sposobność zapoznania się ze szczegółami życia tych plemion. Wszystko co mi tam opowiadano, zgadzało się najzupełniéj z tém, co sam spostrzegłem. Lecz z poznanych zwyczajów jeden tak mnie przeważnie zainteresował, że podzielić się nim z czytelnikiem uważam za odpowiednie. Oto bowiem opowiadano mi, że największa liczba dzieci „Jurouków" po wykąpaniu w rzece i otarciu kawałkiem grubéj tkaniny szerści wielbłądziéj, następnie dostaje się do groty, gdzie mały dołek w ziemi przygotowany przez matkę w ostatnim okresie ciąży, czeka na ich przyjęcie. Dołek podobny bywa dość długi i szeroki, aby w nim można było pomieścić niemowlę. Dno dołka przykrywa się warstwą miałkiéj i sproszkowanéj ziemi, na którą układa się dziecko i przykrywa się je z wyjątkiem głowy nową warstwą ziemi. W ten sposób małego obywatela kąpią, pokrywają i układają w téj pierwotnéj kolebce. Codziennie jednak ziemię odnawiają a dołek powiększa się w miarę rozwoju noworodka aż do chwili, gdy tenże nie zacznie chodzić. Wtedy nakłada się nań rodzaj zgrzebnego worka bez rękawów i sięgającego tylko do kolan, i na tém okryciu, zastępującém koszulę, kończy się cała toaleta. Pierwszym pokarmem dziecka jest mleko matki, a nieco późniéj żywność używana przez rodziców, a zatém mleko kwaśne owcze lub wielbłądzie, ser, mąka kukurydzana, zarobiona na masę ze znaczną ilością masła, wreszcie owoce i jarzyny a tylko niekiedy trochę mięsa.

Liczne podobne szczegóły, zakomunikowane mi przez mieszkańców, zrodziły we mnie myśl porównania rozwoju noworodków ludzkich ze zwierzęcemi. Zastanawiając się bowiem nad tego rodzaju wychowaniem dzieci, badając jednocześnie rezultaty podobnego postępowania i znajdując dzieci zdrowe, silne i wybornie zbudowane, mimowoli czułem się zmuszonym oddać słuszność téj kobiecie, która, jakkolwiek na pół dzika, umiała jednak wystąpić w obronie swych praw, i wytknąć błąd mało jéj znanych naszych społeczeństw. Zainteresowawszy się spostrzeżonemi faktami na prowincyi, zacząłem badać warunki innych klas towarzystw wschodnich i wkrótce doszedłem do przekonania, że rodzaj ludzki wątleje widocznie w miarę wznoszenia się ku wyższym warstwom towarzyskim, czyli innemi słowy: w miarę jak higijena dzieci staje się bardziéj odległą od pierwotnego jéj typu.

Rzecz prosta, że dziecięcia rodziców więcéj lub mniéj zamożnych nie można wychować w kolebce z ziemi. Ale zarówno téż nie należy go otaczać temi wszystkiemi sposobami pieczołowitości, jakie posiadają i stósują zamożne rodziny. Wreszcie bardzo jest łatwo odróżnić dziecko mieszkańców miast od dzieci wyżéj wspomnianych. Jego rozwój, ustrojowość, słowem cały ogół budowy, wskazują odrazu wydatną różnicę, jaka zachodzi między niém a dzieckiem wychowaném na łonie natury. W rodzinach miejskich przyjściu dziecka na świat towarzyszy zawsze akuszerka, któréj zdolności poznaliśmy już poprzednio. I następstwem tego pośrednictwa, bywa prawie zawsze ułatwienie niejako powstania wad, towarzyszących dziecku w ciągu całego okresu rozwoju. Przeciwnie zaś niemowlę wiejskie owijają zaledwie w skromną ilość pieluszek, i nędzna podściółka rzucona na ziemię, służyć mu zwykła za kolebkę. Słowem, o ile rodzice są bardziéj dostatni, o tyle téż i dziecko wznosi się stopniowo wyżéj. Ztąd więc w domach mniéj zamożnych spostrzeżemy kolebkę zawieszoną w kącie pokoju na dwóch sznurach, podobną zupełnie do hamaku marynarza, i w któréj ułożone niemowlę może się huśtac, o ile na to pozwala długość samych sznurów. Pokarmem dziecka ubogiego jest zawsze mleko matki, najczęściéj niezbyt posilne, ponieważ żywność matki nie bywa wystarczającą. Co zaś do czystości, to nie podobna zrobić żadnego porównania między dzieckiem rodziców zamożnych a biedniejszych. Dzieci tych ostatnich nie biorą często kąpieli, ich pieluszki są prawie zawsze te same, a podściółka rzadko kiedy się zmienia. Taki stan rzeczy, przypuszczając że nie zbyt szkodliwie oddziaływa na stan zdrowia i rozwój dziecka, trwa zwykle przez pierwsze dwa lata. Od téj epoki prawie odrazu rodzaj życia dziecka szybko się zmienia, przechodząc w stan jeszcze gorszy. Z wysokiéj bowiem swéj sytuacyi dziecina schodzi na podlogę stancyjki. Mając okrytą górną tylko część swego ustroju, musi znieść ciężkie okrycie głowy złożone z czepeczka flanelowego lub watowanego. Przypadkiem tylko można spostrzedz pończoszki na nogach. I w takim to stroiku biedna dziecina zaczyna próbować swych sił, których zużywa pełzając po podłodze. Do 4go lub 5go roku życia znalazłem zawsze pewne podobieństwo w stanie rozwoju dzieci miejskich i wieśniaczych. Lecz po ukończeniu się tego okresu czasu wszystko się zmienia i zła higijena daje się uczuwać coraz to bardziéj. Od chwili bowiem, gdy dziecko może już chodzić, biegać i szukać pokarmów zadowalających jego podniebienie, wtedy to nie żywność rodziców (jak to bywa u wieśniaków) jest pokarmem dziecka, lecz to wszystko, co mu jest wzbronioném, jak niedojrzałe owoce, jarzyny, rzeczy mączne i t. p. Nadto od czasu do czasu można widzieć dzieci pochłaniające cebulę, czosnek, dawane im w celu, jak się mniema, przyzwyczajenia do dobrego trawienia. W tym wieku czystość tak konieczna dla dziecka bywa bardzo zaniedbaną. W niedzielę tylko, i to zgrubsza zaledwie, dziecko obmywają i czeszą. Rezultatem zaś podo-

bnego niedbalstwa bywa wczesne wystąpienie rozmaitych zmian krwi, ogólnego powiększającego się z dniem każdym osłabienia, bez zaprzeczenia szkodliwie tylko oddziaływającego na sprawę rozwojową, tak że dziecko takie, dochodząc do wieku młodzieńczego, jest bardziéj wyniszczone, aniżeli rozwinięte, i z jego wejrzenia nie podobna prawie zadecydować o jego wieku i temperamencie rodziców. (C. d. n.)

VII. Wiadomosci statystyczne i ogolno-lekarskie.

□ Otczoty Medicinskawo Departamenta Ministerstwa wnutrennich dieł za 1879 i 1880 g. Dr. Herzenstein ogłasza we *Wraczu* (Nr. 9) sprawozdanie z wymienionéj urzędowéj publikacyi, która nasuwając każdemu badaczowi nadzwyczaj pouczające myśli, ze wszech miar zasługuje na uwagę czytelników Przeglądu. Sprawozdawca dodał do liczb statystycznych z lat 1879 i 1880 cyfry z trzech lat poprzednich, i w ten sposób wytworzył nader poważny materyjał statystyczny. Sprawozdanie rozpoczyna się od wykazu śmiertelności mieszkańców państwa rosyjskiego; średnia śmiertelność w ciągu pięciolecia (1876—1880 włącznie) wynosiła w całéj Rosyi 3,46%; odsetek ten z wyjątkiem król. węgierskiego jest największy w Europie. Daléj następuje statystyka śmiertelności podług gubernij. (Trzy przybaltyckie gubernije miały następującą śmiertelność: Kurlandyja 1·95%, Inflanty 2·53%, Estonija 2·28%. Statystyka śmiertelności królestwa polskiego podług gubernij jest następującą: w augustowskiéj 2·14%, siedleckiéj i łomżyńskiéj 2·18, piotrkowskiéj 2·33%, kaliskiéj 2·37%, warszawskiéj 2·42%, kieleckiéj 2·47%, radomskiéj 2·57%, płockiéj 2·66%, lubelskiéj 2·78%. Następnie idą gubernije litewskoruskie: wileńska 2·63, witebska 2·74%, grodzieńska 2·86%, kowieńska 2·31%, mińska 2·62%, mohylewska 3·01%. Streszczając swe uwagi nad śmiertelnością w Polsce i gubernijach litewskich powiada Dr. Herzenstein: „pas Rosyi europejskiéj, zaludniony 17 milijonami przeważnie nierosyjskiego pochodzenia, wykazuje śmiertelność łagodną“.

Statystyka śmiertelności u reszty 38 gubernij cesarstwa przedstawia się w następujących liczbach:
niżéj 3% mają dwie gubernije
od 2 do 4% 21 (w téj liczbie znajdują się: Wołyń, Podole i Ukraina),
od 4 do 5% 13
powyżéj 5% 2.
Najwyższy % śmiertelności wykazuje gubernija moskiewska, wynosi on 5·34.

Dr. Herzenstein do téj chwili szedł w swém sprawozdaniu w ślad oryginału i wykazał statystykę porównawczą śmiertelności na podstawie geograficznéj t. j. gubernijami; w dalszym ciągu schodzi on na właściwe pole, t. j. etnograficzne i wykazuje, że największa śmiertelność przypada na plemię wielkorosyjskie, że czém bliżéj jądra narodu rosyjskiego, tém śmiertelność większa; śmiertelność tę tłumaczy nadzwyczajném wymieraniem dzieci u Wielkorosyjan, które pochodzi „od nizkiego poziomu ekonomicznego i umysłowego narodu“. Daléj Herzenstein nadmienia, że płodność rasy wielkorosyjskiéj zapobiega liczebnemu zmniejszeniu się narodu, a ponieważ płodność w obec złych warunków higijenicznych, ekonomicznych i umysłowych prowadzi do skarłowacenia rasy, Herzenstein kończy rozstawionemi czcionkami: „smutne warunki, sprowadzające nadzwyczajną śmiertelność Wielkorosyjan, dzięki płodności, nie wywołuje wymierania narodu, lecz pociąga za sobą fizyczne zwyrodnienie jego.“

Gdy zestawimy liczby przytoczone przez urzędową publikacyję, o któréj piszemy, ze skalą naszych pojęć o większéj żywotności rasy zwycięzkiéj od zwyciężonéj, o znikaniu ras słabszych w walce o byt, itd., to przyjdziemy do nader ciekawych i nader ważnych wyników naukowo-społecznych.

W dalszym ciągu zdamy sprawę z tych wszystkich obliczeń statystyczno-sanitarnych, które tylko będą mogły zainteresować czytelników „Przeglądu.“

□ W przeszłym roku umarło w Anglii 22 lekarzy głośnéj sławy w wieku od 78 do 92 lat (*N. Y. Med. Rec.* 10 lutego).

□ Błonica i płonica w Petersburgu. W m. styczniu b. r. zachorowało na błonicę 381 osób, z tych umarło 128 (33,2%); na płonicę w tymże czasie zapadło 348, umarło 108 (31,0%). Płonica powikłana błonicą była w 87 przypadkach. zakończonych śmiercią 40 razy (45,9%). Płonica bez błonicy wydarzyła się 261 razy, z tych 68 zakończyło się niepomyślnie. (*Wracz*, Nr. 9).

Statystyka epidemij. W tygodniu od 11—17 marca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: 40,0. Z ospy 1 (1 z. t.); z płonicy 1 (0 z. t.); z błonicy 2 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku odry, 2 błonicy, 1 płonicy, 1 duru brzusznego. W tygodniu od 4 do 10 marca ospa w Londynie wcale się nie zmieniła. Świeżo zapadło 18, leczyło się w szpitalach 103, umarło 2. W Brukseli i Roterdamie umarło 63, w Aleksandryi 6, w Walencyi 7, w Paryżu 10, w Petersburgu 14, w Nowym Orleanie 31, w Baltimore 51, w Madrasie 8, w Rio de Janeiro 48. Błonica złagodniała w Amsterdamie, odra i płonica w Stokholmie. Dur osutkowy zabrał w Londynie 2 ofiary, w Granadzie 3, w Petersburgu 4. W Moskwie zapada nań jeszcze bardzo wiele osób. W Rio de Janeiro umarło 2 z febry żółtéj.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 4—10 marca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 27,1; w Warszawie 25,9; w Poznaniu 30,5; w Wiedniu 32,7; w Budapeszcie 32,1; w Pradze 36,9; w Tryjeście 32,0; w Berlinie 23,2; w Wrocławiu 29,8; w Mnichowie 34,5; w Gdańsku 25,4; w Kolonii 32,2; w Dreźnie 23,8; w Lipsku 22,7; w Bazylei 31,0; w Brukseli 24,1; w Amsterdamie 27,0; w Hadze 25,2; w Paryżu 26,5; w Londynie 21,7; w Kopenhadze 26,2; w Stokholmie 28,6; w Chrystyjanii 18,8; w Petersburgu 41,7; w Warszawie 25,9; w Rzymie 32,1; w Wenecyi 33,2; w Bukareszcie 39,8; w Madrycie 52,6; w Lizbonie 33,3; w Aleksandryi 45.6; w Nowym Yorku 26,8; w Filadelfii 22,5; w Rio de Janeiro 55,1; w Bombayu 33,2; w Madrasie 394.

J. B.

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 29 marca. Walka o znaczenie prątków gruźliczych nietylko nie ustaje, ale właściwie rozwija się dopiero. Po odpowiedzi Kocha na zarzuty przeciwników, a głównie Spiny, odpowiedzi uderzającéj niegrzecznością i drażliwością niezwykłą, wystąpił Stricker z oświadczeniem swojém, a Spina po części zbija już poszczególne zarzuty Kocha, a po części zapowiada odpowiedź obszerną. W ostatnim zeszycie archiwu Virchowa wreszcie znajdujemy rozprawę Buchnera w Monachijum, polemizującą z Kochem wprawdzie tylko w sprawie lasecznikow wąglika, ale także oświadczającą się przeciw swoistości prątków gruźliczych i wytykającą Kochowi niestosowne postępowanie w obec Pasteura i piszącego.

* Donoszą nam z Warszawy, że 1sza część Igo tomu Słownika lekarzy polskich, wydawanego przez Dra St. Kośmińskiego, opuściła już prasę. Zeszyt ten zawiera 10 arkuszy druku, formatu wielkiéj ćwiartki, i obejmuje przeszło 1.000 nazwisk (od de Abano do Haller). O dziele tém nie omieszkamy obszerniejszéj podać wzmianki, jak skoro tylko nas dojdzie.

* Córka prof. Traubego, wdowa po zmarłym przed kilku laty znakomitym fizyjologu Bollu, uczęszcza w Szwajcaryi na medycynę i niezadługo zdawać będzie egzaminy ścisłe. Poświęca ona się naukom lekarskim, aby uczcić pamięć ojca przez ogłoszenie pism jego dotąd niewydanych.

□ Powiodło się mechanikowi Perreaux zrobić przyrząd, za pomocą którego można podzielić milimetr na 1500 części.

□ Marynarka niemiecka zaprowadza okręty Czerwonego Krzyża, zastosowane do potrzeb rzeczywistych szpitali i przeznaczone do towarzyszenia eskadrze. Szpitale te będą pod flagą Czerwonego Krzyża, pomalowane na biało z czerwonym pasem. (*Allg. med. Ctr. Ztg.*)

□ *Wracz* (Nr. 9) donosi, że jenerał Czerniajew założył szpital dla muzułmańskich mieszkanek Taszkentu; naczelny lekarz zakładu i jego dwaj pomocnicy należą do płci żeńskiéj. W tymże samym dzienniku czytamy: „prof. Lambl wziął dymisyję, prof. Andrejew umarł; takim sposobem zawakowały w Warszawie naraz dwie katedry terapeutyczne. Szczerze ży-

czymy, ażeby wybór wydziału padł na osoby godne zajmować te stanowiska; zdolnych terapeutów braku nie ma: należy tylko pozbyć się względów nie mających nic wspólnego z nauką, a przedewszystkiém wystrzegać się wpływu protekcyi, nepotyzmu i t. d.“

* **N. York.** Towarzystwo lekarskie niemieckie obrało na rok bieżący prezesem Dra Nordmanna, wiceprezesem Dra Heitzmanna (austryjaka, znanego autora atlasu anatomicznego) a podskarbim Dra Józefa Glasera (krakowianina i wychowańca Uniw. Jagiell).

* **Wiadomości uniwersyteckie. Fryburg.** Proff. nadzw. Wiedersheim i Kries mianowani zostali proff. zwyczajnymi, pierwszy anatomii opisowéj a ostatni fizyjologii. — **Monachijum.** Prof. Winckel z Drezna powołany został na katedrę osieroconą po Heckerze.

* **Nekrologija.** W Paryżu umarł słynny psychijatryk, Dr. Lasègue, zasłużony jako psychijatryk sądowy.

Prof. Wiktor Bruns, o którego śmierci donosiliśmy, urodził się w r. 1812 a od r. 1843 był prof. chirurgii w Tybindze. Znane są jego zasługi koło chirurgii krtaniowéj. Katedrę jego zajmuje obecnie syn.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lek.* Nr. 12: Sokołowskiego: Przyczynek do kazuistyki i leczenia przewlekłego wiądu rdzenia pacierzowego; Pacanowskiego: Kilka uwag nad przebiegiem tyfusu brzusznego i wysypkowego (c. d.); — w *Medycynie* Nr. 12: Dobrzyckiego: Sprawozdanie z działalności lecznicy dla chorych piersiowych w Mieni. (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. ZIELENIEWSKI: Illustrowana pamiątka z Krynicy, Kraków 1883, in 4to str. 22.

18ter Jahresbericht 1882 über die Wirksamkeit der Dr. Jany'schen Augenklinik in Breslau. Breslau 1883, in 8vo str. 30.

Dr. W. JAWORSKI: Uiber den Gebrauch der Mittelsalze per Rectum. (Osobne odbicie z „*W. med. Woch.*“ 1883, Nr. 10), in 8vo str. 4.

Dr. Bolesław SÉRKOWSKI: Die Fermentationstheorie der Erkältung, der Blutinfection u. des Fiebers. Stryj 1882, in 8vo str. 98.

Dr. J. POLAK (w Warszawie): Podręcznik leczniczy. Wskazówki leczenia domowego dla użytku domów, gmin, księży, nauczycieli itd. Warszawa 1883, z 50 figurami w tekscie, in 8vo str. 136 cena kop. 60.

Dr. G. BECKS: Therapeutischer Almanach. 10 Jahrg. 1883. Bern 1883, 16o str. 80.

M. HAY (we Wiedniu): Jahres-Bericht über die Thätigkeit im Institute für animale Vaccination pro 1882. Wien 1883, in 8vo str. 8.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie dnia 4go kwietnia rb. **o godzinie szóstéj wieczór** w sali Akademii Umiejętn. zwyczajne posiedzenie, na którém: 1) roztrząsaną będzie sprawa osobista dotycząca §. 49 ustawy Towarzystwa, 2) odbędzie się wykład prof. Rosnera, który na przeszłém posiedzeniu nie przyszedł do skutku.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. K. w Poznaniu, Dr. R. w Chełmnie: Artykuły otrzymaliśmy i umieścimy w Nrze przyszłym.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Zarząd Biblijoteki Uczniów Wydziału Lekarskiego przypomina PP. Lekarzom, którzy dotąd książek nie zwrócili, że termin 2-miesięczny upływa z początkiem Kwietnia rb.; jeżeli więc książek nie zwrócą sami, zmuszą Zarząd do udania się na drogę sądową.

W Krakowie dnia 15 Marca 1883.

Z Zarządu Biblijoteki.

L. 2.

Ogłoszenie konkursu.

Wydział lekarski ogłasza niniejszém konkurs na 3 stypendyja z fundacyi śp. Józefa Dąbkowskiego każde po 124 złr. 51 kr.

O dwa z tych stypendyjów ubiegac się mogą uczniowie Uniwersytetu Jagiellońskiego kończący w tymże Uniwersytecie studyja farmaceutyczne i przystępujący do egzaminów katolicy, polacy urodzeni w Krakowie; o trzecie zaś stypendyjum również uczniowie Uniwersytetu Jagiellońskiego w tymże Uniwersytecie studyja medyczne kończący i przystępujący do egzaminów katolicy, polacy urodzeni w Krakowie.

Podania w myśl powyższych warunków należycie uzasadnione wnosić należy do Wydziału lekarskiego na ręce podpisanego najpóźniéj do dnia 30 kwietnia rb.

Kraków dnia 23 Lutego 1883. *Rydel*

t. r. Dziekan Wydz. lek.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 7 kwietnia 1883. **№ 14.** Rok XXII.

I. Z kliniki chirurgicznéj prof. Dra Mikulicza w Krakowie.

Przyczynki do Chirurgii.

VII.

Resekcyja odźwiernika z powodu raka. Wyleczenie.

Uwagi nad pewnym objawem raka żołądkowego, za pomocą gastroskopu spostrzegać się dającym.

Podał prof. Dr. J. Mikulicz.

(Dokończenie. Patrz Nr. 13).

Pod względem przebiegu w powyższym przypadku na szczególną uwagę zasługują wymioty występujące w ciągu leczenia. Chora wymiotowała po raz pierwszy w nocy dnia drugiego cieczą surowiczą bez przymieszki żółci, następnie wymioty powtórzyły się kikakrotnie w 3, 4 i 5 dniu po operacyi. Szóstego dnia wymioty ustały, w dalszym przebiegu wymiotowała chora jeszcze po razu w dniu 10 i 15. Co do przyczyny tego zboczenia nie mogła zachodzić w naszym przypadku najmniejsza wątpliwość. Zupełny brak wszelkich objawów zadrażnienia otrzewny, pomyślny zresztą przebieg gojenia się rany, stwierdzone na 3 i 5 dzień znaczne rozszerzenie żołądka, wreszcie rodzaj zwymiotowanéj cieczy, to wszystko wskazywało na istnienie czasowego zwężenia względnie zupełnego zamknięcia odźwiernika. Kol. prof. Korczyński, który był łaskaw chorą dokładnie zbadać, zgodził się zupełnie na moje zapatrywanie.

Podobnego zboczenia nie zauważano dotąd w żadnym pomyślnym przypadku wycięcia odźwiernika. Natomiast widziałem jeszcze jako asystent zupełnie podobne objawy w drugim przypadku Billrotha (Schönstein Joanna). Jak wiadomo w przypadku owym znaleziono dopiero przy oględzinach pośmiertnych przyczynę zamknięcia żołądka w miejscu przejścia w dwunastnicę, rozpoznane już przed tém przez Billrotha z wszelką pewnością. Na téj więc podstawie byłem zupełnie zdecydowany 6 dnia ranę w ścianie brzusznéj otworzyć, wyszukać przyczynę zamknięcia odźwiernika i w danym razie ją usunąć, gdy prawie nagle stan tak się zmienił, że chora już w dniu tym była w stanie zjeść jajo na miękko i winną polewkę a od 7 dnia spożywała pokarmy stałe bez żadnéj przeszkody.

Nie mogę sobie jeszcze wytłumaczyć przyczyny czasowego zamknięcia względnie zwężenia nowo utworzonego odźwiernika. Może przemijające zapalne obrzmienie brzegu rany zamknęło światło odźwiernika, może dwunastnica była w jakiém miejscu przytwierdzona i zagięta, w każdym razie przeszkoda ta, jakakolwiek ona była, znikła potém zupełnie, gdyż od 15 dnia nie pojawiły się więcéj wymioty ani nie można było wykazać rozszerzenia żołądka, owszem chora nasza miała następnie lepszy apetyt niż sąsiadki jéj o zdrowych żołądkach.

Muszę tu jeszcze nadmienić, że rozszerzenie żołądka i osłabienie jego błony mięsnéj nie mogły być same przez się przyczyną wymiotów. Można się było łatwo przekonać, jak żołądek za lekkiém ugniataniem powłok brzusznych mocno się naprężał i starał się pokonać istniejącą przeszkodę.

Dwukrotne podniesienie się ciepłoty 5 i 8 dnia nie pozostawało z pewnością w żadnym związku z zabiegiem operacyjnym. Drugim razem dało się wykazać zapalenie okostnéj na szczęce dolnéj, jako przyczyna gorączki; pierwszym zaś razem gorączka była prawdopodobnie wywołana przez rozkład wstrzykniętego do odbytnicy peptonu, gdyż po ich wydaleniu chora czuła się znów zupełnie dobrze.

Co do techniki operacyi, to poszedłem głównie za metodą, jaką przed memi oczyma wykonywał szanowny mój nauczyciel Billroth. a którą mój przyjaciel A. Wölfler opisał w tak znakomity sposób [1]); powołując się więc na ten opis Wölflera poprzestanę tylko na kilku krótkich uwagach.

Do otwarcia jamy brzusznéj użyłem cięcia poprzecznego; zalety jego przytoczone już przez Wölflera, mianowicie łatwy

[1]) *Uiber die von Herrn Prof. Billroth ausgeführten Resectionen des carcinomatösen Pylorus. Wien 1881.*

dostęp do żołądka i dwunastnicy wydają mi się bardzo ważne, a nie widziałem nigdy żadnéj szkodliwości takiego cięcia. Cięcie poprzeczne goi się tak dobrze jak i podłużne, tylko należy je dobrze zespoić i właśnie tutaj szwy płytkowe są niezbędne. Żeby skutkiem cięcia poprzecznego mogło nastąpić częściowe zapalenie otrzewny, które w przypadku Bardenheuera [1]) miało być nawet przyczyną śmiertelnego zejścia, to przy dzisiejszych zapatrywaniach na gojenie się ran rzeczywiście trudno zrozumieć. Do zamknięcia światła żołądka i dwunastnicy użyłem uciskadeł Wehra. Narzędzie to bardzo proste i poręczne składa się z pręcika żelaznego długiego na 10—15 cm. a szerokiego na $^3/_4$ cm., który posiada na obu końcach wcięcie na 1 cm. głębokie. Przed użyciem powleka się go rurką gumową o 2 cm. krótszą tak, że oba końce pozostają wolne. Druga rurka drenowa wciska się najpierw w jedno wcięcie, a po wsunięciu kiszki między pręt żelazny a rurkę drenową, naciąga się odpowiednio tę ostatnią i wciska we wcięcie na drugim końcu pręcika [2]). Uciskadła Wehra oddały mi tak w powyższym przypadku jak i przy doświadczeniach na trupie, usługi, jakich tylko od nich wymagać można, zamykały zupełnie światła żołądka i dwunastnicy, a przytém wywierały ucisk tak mierny, że obieg krwi nie został przerwany, gdyż z przeciętéj ściany żołądka tryskała krew mimo ucisku działającego tuż za liniją cięcia. Mogę więc uciskadła Wehra stanowczo polecić. Uciskadła te jednak nie wystarczają do umocowania przeciętych ścian żołądka lub jelita, już przy miernem pociągnięciu wyślizga się łatwo gładkie jelito. A zatém trzeba umocować końce przeciętego jelita w inny sposób. Najpewniéj i najwygodniéj można to osiągnąć, odcinając według metody Billrotha mającą się oddalić część żołądka nie naraz lecz w czterech odstępach czasu, gdyż tym sposobem możemy utrzymywać pozostałą część jelita czy to za nieodcięte nitki szwów lub też za na pół tylko odcięty obrzęk. Użyłem też tego postępowania (patrz historyję choroby). Możnaby wprawdzie użyć także narzędzia tak mocno uciskającego, żeby nie tylko zamykało światło jelita lecz także pewnie je przytrzymywało; co do mnie nie odważyłbym się użyć podobnego narzędzia, gdyż musiałbym się ciągle obawiać, że albo narzędzie za mało ciśnie i jelito się wysunie, albo że ucisk jest za mocny i że działając często godzinę sprowadzić może zgorzel ścian jelita. Sądzę zresztą, że przez połączenie uciskadeł Wehra z postępowaniem Billrotha wycinania obrzęku w czterech tempach narzędzie takie w wszystkich prawie przypadkach jest zbyteczne.

Zamknięcie żołądka i dwunastnicy uskuteczniłem za pomocą narzędzi, nie dla tego abym był przekonany, że to się w inny sposób uczynić nie da; doświadczenia Billrotha przekonały nas bowiem, że ręce asystentów, na których się spuścić można, mogą uczynić to samo przynajmniéj tak dobrze, a moim obu asystentom pp. Dr. Schrammowi i Trzebickiemu mógłbym pod tym względem zupełnie zaufać; lecz wiem z własnego doświadczenia, że obaj asystenci, którzy mają powyższe zadanie, tak są niém zajęci fizycznie i psychicznie, że na inne części postępującéj naprzód operacyi mało tylko mogę uważać. A właśnie przy zespajaniu żołądka zależy wiele na szybkiéj a dokładnéj pracy, przy tém zaś musi działać tak sam operator jak i asystenci.

[1]) Rydygier, o wycinaniu odźwiernika, wykład kliniczny. Przegląd Lekarski 1882, Nr. 32—42.

[2]) Wehr: *Experimentelle Beiträge zur Operationstechnik bei Pylorusresektionen. Deutsche Zeitschrift f. Chir.* XVII, 93.

Co do kierunku cięcia i sposobu zespojenia żołądka i dwunastnicy, to operowałem tak samo jak to uczynił Billroth w 3, i w następnych przypadkach i Wölfler u swojéj choréj, to jest że dwunastnicę przyszyłem do krzywizny większéj, szew zwężający zaś założyłem na krzywiźnie małéj.

Jako materyjału do szycia używałem jedynie jedwabiu gotowanego w karbolu, założyłem podwójny szew Czernego, zaniechałem zaś osobnego zespojenia błony śluzowéj, jak to poleca Rydygier. Tylne szwy okręgowe założono od wewntrz według opisu Wölflera.

Lubo nie ma może drugiéj operacyi, któréj technika wydoskonaliła się w tak krótkim czasie, jak właśnie wycięcia odźwiernika, to przecie dotychczasowe doświadczenia nie dozwalają ostatecznego sądu co do znaczenia zabiegu operacyjnego a zatém i co do wartości wycięcia odźwiernika jako środka leczniczego. Tak się przecie rzecz ma we wszystkich nowych operacyjach a musi to mieć miejsce szczególnie w obec operacyi, która technicznie jest bardzo trudną, a któréj wskazania można ustalić dopiero przez doświadczenia.

W wspomnianém wyżéj zestawieniu Rydygiera (l. c.) znajdujemy 23 przypadki wycięcia odźwiernika, z tych 5 pomyślnych. Znajduję prócz tego w literaturze 6 późniejszych przypadków, a mianowicie jeden (już we wstępie wspomniany) operowany z pomyślnym skutkiem przez Th. van Kleef (*Centralblatt für Chir.* 1882, s. 756), z powodu zwężającego wrzodu żołądka, z niepomyślnym skutkiem z powodu raka przez Krönleina (tamże 1882, s. 758), Tillmannsa (*Berl. klin. Wochenschr.* 1882, Nr. 34), F. W. Köhlera (*Centralbl. für Chir.* 1882, s. 759), M. Richtera (tamże 1882, s. 756) i M. Forta (tamże 1882, s. 807). Dodając do tego mój przypadek, będziemy mieć razem 30 przypadków, z tych siedem z pomyślnym wynikiem.

Trzy razy wykonano operacyję z powodu wrzodu żołądka a z tych 2 razy z dobrym skutkiem (Rydygier i van Kleef), 27 razy operowano z powodu raka, z tych 5 razy pomyślnie (2 razy Billroth, po razu Wölfler, Czerny i Mikulicz). Między 23 przypadkami śmierci podana jest jéj przyczyna w 20 razach dosyć dokładnie, mianowicie 15 razy zapad, 1 raz wycieńczenie sił (2 przypadek Billrotha) a 4 razy zapalenie otrzewny, to ostatnie wywołane 2 razy przez przebicie w miejscu zeszycia, 1 raz (przypadek Lauensteina) przez zgorzel okrężnicy poprzecznéj.

Z liczb tych, chociaż małych, można przecie wysnuć jakieś wnioski. Przedewszystkiém przypadek wycieńczenia sił jakoteż 3 przypadki zapalenia otrzewny odnieść trzeba albo do niedostatecznéj techniki albo do stósunków, których po dotychczasowych doświadczeniach możnaby uniknąć prawie z pewnością. Pozostaje więc jeszcze 16 przypadków śmierci a z tych 15 razy zapad był przyczyną śmierci!

Zdaje mi się, że niema może operacyi, nie wyjmując nawet wyłuszczenia w stawie biodrowym, któraby stósunkowo tyle ofiar zabrała z powodu zapadu, jak właśnie wycięcie odźwiernika.

Na pytanie o przyczynę tego zjawiska znajdziemy odpowiedź w uwadze Billrotha na przeszłorocznym Zjeździe chirurgów w Berlinie podanéj, że doznał wrażenia, jakoby przy rozważeniu wskazań w przypadkach dotąd operowanych za mało uwzględniano techniczną możebność wykonania operacyi i ogólny stan chorego. Operacyja była w wielu przypadkach zabiegiem, którego ustrój chorego już o *priori* nie mógł wytrzymać. Słusznie więc żąda Billroth ostrożno-

ści śród wybierania przypadków do operacyi, aby przypadki powikłane ze zrostami i daleko posuniętém wyniszczeniem ogólném wykluczono, aby w razie pomyłki i odkrycia powikłań dopiero po otwarciu jamy brzusznéj nie wahano się operacyję przerwać i ranę natychmiasst zespoić.

Jak dotąd więc uważać należy za stósownych do operacyi chorych z dość dobrym stanem odżywienia, z ruchomym i nie zbyt dużym nowotworem.

Nie jest to zapewne winą chirurgów, że przypadki tego rodzaju tak rzadko dotąd przychodziły do operacyi, boć większa część daleko już posuniętych przypadków była w wcześniejszym okresie stósowną do operacyi. Jest więc rzeczą praktykujących kolegów, aby raki odźwiernika przysyłali jak najwcześniéj do leczenia chirurgicznego nie czekając, aż chory, już zupełnie wycieńczony i dawno już do operacyi nie stósowny, zapragnie sam pomocy chirurga, chwytając się tego ostatniego ratunku jak tonący brzytwy.

Wprawdzie w wielu przypadkach można raka odźwiernika rozpoznać z pewnością dopiero wtedy, gdy jest on zarazem już nie do operowania. Przyszłość wycięcia odźwiernika zależy więc głównie od wykształcenia rozpoznawania chorób żołądka. Mam nadzieję, że wcześniéj lub późniéj przyczyni się do tego także g a s t r o s k o p.

Ponieważ w ostatnich czasach badałem gastroskopem szereg przypadków pewnego raka żołądkowego (między niemi także chorą przezemnie operowaną) i przytém zauważyłem ważny szczegół gastrokopijny w téj chorobie, wspominam więc o tém w kilku słowach.

Odźwiernik zdrowego człowieka przedstawia się gastrokopijnie jako szpara podłużna lub jako trójkątny, owalny, czasem jako kolisty otwór, który zawsze otoczony jest wieńcem grubych żywo czerwonych fałdów błony śluzowéj. Prawdopodobnie w skutek bodźca wywartego narzędziem i wdmuchiwaném powietrzem całość nie zachowuje się spokojnie, lecz zmienia często swój kształt, zwyczajnie widać dość żwawy ruch we fałdach około odźwiernika, wywołany oczewiście w skutek kurczenia się błony mięsnéj żołądka. Przeciwnie dno żołądka przedstawia więcéj obraz spokojny.

W przypadkach raka żołądka zauważyłem:

1) Że wysokich fałdów koło odźwiernika albo zupełnie brakowało tak, że brzegi jego były zupełnie gładkie albo téż znajdowały się tylko małe nizkie fałdziki.

2) brakowało żwawego ruchu mięśniowego w okolicy odźwiernika.

W kilku przypadkach błona śluzowa wydawała mi się bledszą i niedokrewną, w innych przeciwnie ciemniejszą i siną. Raz widzieć można było mocno rozszerzone niebieskawo zabarwione żyły podśluzowe. Owrzodzenia rakowatéj części nie mogłem dotąd wykazać gastroskopijnie.

Sądzę, że objaśnienie powyższych objawów jest całkiem proste. Rak przerastający ściany żołądka zamienia ruchomy dawniéj i podatny narząd w stałą rurę, w któréj nie może oczewiście już przyjść ani do tworzenia fałdów ani zmiany kształtu. Łatwo téż zrozumieć, że nowotwór może sprowadzić zaburzenia w krążeniu w błonie śluzowéj żołądka. — Czy objawy powyższe są stałe, przy jakich odmianach raka się zdarzają i czy można korzystać z nich, celem wczesnego rozpoznania cierpienia, o tém rozstrzygnie dopiero dłuższe doświadczenie.

W Krakowie, w marcu 1883 r.

II. Z prywatnéj kliniki chirurgicznéj Dra Rydygiera w Chełmnie n./W.

Naftalin jako środek opatrunkowy.

Podał Dr. Rydygier.

Zdania co do wartości naftalinu jako środka opatrunkowego są nie tylko podzielone, ale wprost przeciwne. I tak F i s c h e r [1]), za nim D j a k o n o w [2]), H a g e r [3]), J a s i ń s k i [4]), i K l i n k [5]) gorąco go zalecają; A n s c h ü t z zaś [6]) i H o e f t m a n n [7]) stósować go radzą tylko w niektórych wyjątkowych przypadkach. Chcąc się przyczynić do rozwiązania zagadnienia, która strona słuszność mieć może, podajemy poniżéj nasze spostrzeżenia nad naftalinem poprzedzając je zestawieniem sprzecznych zdań wzwyż wymienionych autorów.

Podług twierdzenia przeciwników naftalin ma posiadać następujące strony ujemne:

1) N a f t a l i n zlepia się silnie z wydzieliną rany, przez co tworzą się s t r u p y przeszkadzające swobodnemu odpływowi wydzieliny, która zatrzymuje się w głębi rany pod strupem, co dla przebiegu gojenia się obojętném być nie może. Niekorzystny ten szczegół spostrzegł Hoeftmann, który po wycięciu sutka całą ranę posypawszy proszkiem naftalinowym zauważył znaczne podwyższenie gorączki, wywołane przez zatrzymanie wydzieliny w ranie skutkiem zalepienia otworów sączkowych strupem naftalinowym. Po wyjęciu sączków, zdjęciu szwów i zaopatrzeniu rany jodoformem nastąpiło wyleczenie.

2) D r a ż n i także otoczenie rany wywołując zaczerwienienie i wyprysk na skórze, i ranę samą, co się objawia krwawieniem ziarniny, zwiększeniem ilości wydzieliny, uczuciem palenia w ranie. Palenie to spostrzegał i Hager, zaliczający się zresztą do zwolenników naftalinu.

3) Posiada tylko m a ł ą, a przynajmniéj niewystarczającą, w ł a s n o ś ć p r z e c i w g n i l n ą. Anschütz zauważył nieraz silny zapach rozkładowy podczas zmiany opatrunku Podług Hoeftmanna własność przeciwgnilna naftalinu ma być znacznie mniejszą niż karbolu.

4) Wreszcie twierdzi Hoeftmann, że silne podrażnienie pod opatrunkiem naftalinowym może nawet z w i ę k s z y ć n i e b e z p i e c z e ń s t w o p o w s t a n i a c h o r ó b p r z y r a n n y c h (np. róży). Dla tych drażniących przymiotów nie używa on także naftalinu w obec świeżych owrzodzeń szankrowych z obawy, aby nie ułatwić powstania dymienic. Zaleca go zaś razem z Anschützem właśnie jako środek drażniący w owrzodzeniach otrętwiałych, mianowicie w obec przewlekłych wrzodów podudzia. Nadto używał go Hoeftmann w pó-

---

[1]) F i s c h e r: *Naphthalin, ein neues Antisepticum Berl. klin. Wochenschrift* 1881, Nr. 48, str. 710. (W Przegl. Lek. Nr. 14 r. 1882, podano w sprawozdaniu mylnie jako autora téj pracy Fleischera z Wrocławia, tymczasem jest nim Fischer ze Strasburga). F i s c h e r: *Untersuchungen über die Wirkung des Naphthalin. Berl. klin. Wochenschrift* 1882, Nr. 8—9. F i s c h e r: *Ueber den Wundverband mit Naphthalin. Verhandl. der Dtsch. Ges. f. Chir.* str. 99. — [2]) D j a k o n o w: *Wundverband mit Naphthalin. Wracz* 1882, Nr. 39. *Ref. Centralbl. f. Chir.* 1882, Nr. 49, str. 796. — [3]) H a g e r: *Ueber den Naphthalinverband, Centralblatt f. Chir.* 1882, Nr. 50.— [4]) J a s i ń s k i: Listy o opatrywaniu ran, *Gaz. Lek.* 1882, Nr. 47, str. 970.— [5]) E. K l i n k: Naftalina jako nowy lek do opatrunku owrzodzeń szankrowych i przymiotowych. *Gaz. Lek.* 1883 r. Nr. 7 i 8— [6]) A n s c h ü t z: *Resultate einiger Versuche mit dem Naphthalinverbande. Centralbl. f. Chir.* 1882, Nr. 32.— [7]) H o e f t m a n n: *Versuche über das Naphthalin als Verbandmittel. Centralbl. f. Chir.* 1882 Nr. 43.

żniejszych okresach leczenia następczego po wyjęciu odsłojów (*Sequester*) w zastarzałych owrzodzeniach kiłowych, w ozenie i sapce.

Powyższe twierdzenia przemawiałyby więc przeciw ogólnemu używaniu naftalinu jako środka opatrunkowego, Z drugiéj jednak strony odzywają się dość liczne i ważne głosy zwolenników, które trudno pogodzić z osiągniętemi przez poprzednich autorów wynikami. Dla lepszego poglądu podajemy doświadczenia zwolenników naftalinu w tém samém uporządkowaniu jak poprzednie.

1) Naftalin nie zlepia się z wydzieliną rany wcale, tak że podług Fischera nie można go zastósować do sposobu leczenia ran pod strupem. Również ani Hager ani Djakonow, Jasiński, Matlakowski nie zauważyli strupów tworzących się z naftalinu i wydzieliny ran. Przeciwnie twierdzi Hager, że owo zlepianie częściéj spostrzegał używając jodoformu i innych sproszkowanych środków. Brak tworzenia się strupów w swoich przypadkach opatrunku naftalinowego tłumaczy on tą okolicznością, iż używał naftalinu tylko przeciw owrzodzeniom mniéj lub więcéj powierzchownym. Zresztą sądzi Hager, że po nasypaniu jakiegobądź proszku wprost na otwory sączków zawsze wywołamy zatkanie tychże.

2) Naftalin podług Fischera nie drażni wcale skóry, nie wywołuje ani zaczerwienienia ani wyprysku, ani pęcherzy; nie drażni téż rany saméj, nie sprawia w niéj zaczerwienienia, obrzmienia, ani krwawienia, nie opóźnia zabliźniania. Jednakże Hager spostrzegał niekiedy krwawienie z ziarniny, lecz nigdy krwawienia te nie przeszkadzały gojeniu; w jednym tylko przypadku był zmuszony zmienić opatrunek dla krwawiącéj ziarniny. Jasiński i Djakonow wcale nie zauważyli krwawienia ziarniny pod opatrunkiem naftalinowym. Hager zaznaczył 5 razy na 126 przypadków znaczniejszą bolesność podczas użycia naftalinu; pomiędzy temi przypadkami były 4 kobiety nadzwyczaj drażliwe.

4) Co do wpływu naftalinu na choroby przyranne, poświadcza Fischer, że w dwóch przypadkach po wypiłowaniu stawów ustało natychmiast dalsze szerzenie się róży po użyciu naftalinu, tak że się zdawało, jakoby naftalin zapobiedz zdołał dalszemu przebiegowi téj choroby. Hager zaś wręcz odpiera twierdzenie Hoeftmanna, jakoby wpływ drażniący naftalinu mógł wywołać choroby przyranne (różę), utrzymując, że podobne twierdzenie nie zgadza się wcale z teraźniejszém pojęciem o zakażeniu.

Takie wręcz przeciwne zdania o ogólnéj wartości środka leczniczego i jego poszczególnych przymiotach muszą zwrócić na siebie uwagę, zwłaszcza gdy je wypowiadają autorowie, o których wiarogodności i darze podmiotowego badania ani na chwilę wątpić nie możemy.

Postaramy się poniżéj wytłumaczyć, zkąd ta różnica zdań pochodzi, lecz poprzednio podamy własne doświadczenia, odnoszące się do tego przedmiotu.

Częste mniéj lub więcéj niebezpieczne, nieraz nawet śmiercią kończące się przypadki otrucia śród używania jodoformu spostrzegane przez innych i kilka własnych (ostatnie podane są z odnośnemi uwagami w rozprawie doktorskiéj Dra Laudowicza napisanéj pod moim kierunkiem i na podstawie naszego materyjału) skłoniły nas do wielkiego ograniczenia i tak już ostrożnie stósowanego jodoformu i wywołały równocześnie skłonność do podjęcia doświadczeń nad innym środkiem mniéj niebezpiecznym, a według polecenia Fischera równie skutecznym.

Do stósowania naftalinu w liczniejszych przypadkach i żywszego zajęcia się nim zachęcił nas następujący przypadek obrażenia za pomocą machiny. Dwunastoletniemu chłopcu zerwała młockarnia skórę z dolnéj części brzucha, z pachwiny i uda prawego z przodu i z boków; ogromna rana sięgająca poniżéj połowy uda obnażała wielkie naczynia udowe. Pod zwykłym przeciwgnilnym opatrunkiem z gazy Brunsa i z waty salicylowéj rana powoli się oczyściła, skóra zmiażdżona pooddzielała się i rana pokryła się silną, zdrową ziarniną. W dalszym jednak przebiegu ziarnina zaczęła krwawić i rozpadać się. Opłukiwano ranę 5% rozczynem kwasu karbolowego, późniéj rozczynem sublimatowym, watę i gazę dotychczasową zastąpiono watą i gazą sublimatową, ziarninę przyżegano kamieniem piekielnym i posypywano jodoformem; rana mimo to nie przedstawiała zadowalającego wejrzenia mianowicie nie zmniejszała się wcale, a chociaż niekiedy silna i zdrowa ziarnina wyrastać zaczęła, wnet znowu się rozpadała. Zwykle jednak pośród wiotkiéj i nabrzękłéj ziarniny tu i owdzie spostrzedz było można szarawe nacieki. Obfite wydzielanie ropy i częste krwawienia zmuszały do częstéj zmiany opatrunku. Siły chorego opuszczały, do czego nie mało się przyczyniało ciągłe gorączkowanie wieczorne, chociaż ciepłota nigdy nie dochodziła wysokich stopni; kilka razy uczuwał chory wybitne dreszcze. Ponieważ stan chorego i rany, mimo troskliwego opatrywania powyższemi środkami, nie polepszał się, postanowiliśmy użyć naftalinu; posypaliśmy zatém całą ranę grubym pokładem kryształków naftalinowych, a zresztą zatrzymaliśmy opatrunek dotychczasowy, porzucając tylko jodoform, którego miejsce zajął nowy środek, położyliśmy więc na naftalin kilka pokładów gazy sublimatowéj, na to waty sublimatowéj, tę pokryto papierem pergaminowym i cały opatrunek przymocowano paskami gazowemi. Do spłukania rany używaliśmy przy zmianie opatrunków rozczynu sublimatowego 2‰. Skutek użycia naftalinu okazał się prawie natychmiast. Dawniéj, jak to już wspominaliśmy, musiano opatrunek codziennie zmieniać; już pierwszy opatrunek naftalinowy mogliśmy pozostawić przez 6 dni; podobnież i następne. Chory zupełnie przestał gorączkować i przychodził powoli do sił. Rana cała pokryła się zdrową i silną ziarniną niemającą skłonności do rozpadania i powoli zaczęła się zmniejszać przez zabliźnianie od brzegów, tak że nareszcie mogliśmy przystąpić do przeszczepiania płatków skóry.

Powyższy przypadek zachęcił nas do obszerniejszego używania naftalinu jako środka opatrunkowego i dla tego dokładniéj go opisałem. Od tego czasu zastąpiliśmy w naszéj klinice jodoform we wszystkich przypadkach naftalinem i nigdy dotychczas, z wyjątkiem jednego przypadku, nie mieliśmy powodu dla jakiejkolwiek przyczyny go usunąć. Używaliśmy naftalinu w znacznéj ilości mniejszych obrażeń, w zmiażdżeniach palców, do opatrywania małych ran ciętych, posypywaliśmy nim wrzody, mianowicie przewlekłe wrzody podudzia i owrzodzenia gruczołów; daléj stósowaliśmy naftalin w kilku przypadkach wilka, w dwóch przypadkach odjęcia podudzia (zwykle używamy w podobnych razach opatrunku z gazy i waty sublimatowéj, tutaj dla próby użyliśmy naftalinu), w przypadku odłączenia się główki kości barkowéj od trzonu, w którymto przypadku trzon przebił skórę pod pachą i utworzył ranę otwartą, w przypadku rany postrzałowéj z rewolwera, kula wbiła się była głęboko w kość sprychową, chorego przywieziono do zakładu ze znacznie opuchniętém i zaczerwienioném przedramieniem; po rozszerzeniu kanału postrzałowego wydobyliśmy kulę z ko-

ści razem z kilku szmatami sukna; pod opatrunkiem naftalinowym nastąpiło wyleczenie. Użyliśmy następnie naftalinu jako środka opatrunkowego w kilku przypadkach przetok odbytowych, w przypadku wycięcia raka odbytnicy, do opatrywania po rynoplastyce, w przypadku otworzenia stawu kolanowego, w przypadku całkowitego wycięcia przez pochwę, zrakowaciałéj macicy itd., jedném słowém do opatrywania najrozmaitszych mniejszych, większych i wielkich ran. Opatrunek zakładaliśmy w następujący sposób: ranę posypywano naftalinem, poczém ją przykryto pokładem gazy sublimatowéj, następnie watą sublimatową; ostatnią zastępowano niekiedy nawet zwyczajną watą odtłuszczoną; papier pergaminowy i opaski gazowe uzupełniały opatrunek. Z początku używaliśmy naftalinu w wielkich kryształkach, późniéj kazaliśmy go zetrzeć na miałki proszek. Rany otwarte, np. po wilku i rynoplastyce, posypywaliśmy tylko proszkiem naftalinowym. We wspomnionym przypadku wycięcia całkowitego macicy nasypaliśmy kilka łyżeczek naftalinu w ranę i włożyliśmy tamponiki obsypane naftalinem do pochwy; najwyższy tampon wyjęty dopiero po 7 dniach czuć było wyraźnie naftalinem, mimo że wydzielina sama w ostatnim dniu cokolwiek cuchnęła. Przebieg w tym przypadku był pomyślny a chora wyleczona opuściła zakład.

Zaznaczyć przedewszystkiém mogę, że we wszystkich przypadkach, w których użyliśmy naftalinu, byliśmy zadowoleni z działania przeciwgnilnego tego środka. Wprawdzie niektóre długo pozostawione opatrunki w wierzchnich warstwach cuchnęły, lecz głębsze warstwy wydawały wyraźny zapach naftalinu, jak również i rana sama. Przypadki wilka nie goiły się gorzéj pod naftalinem, aniżeli pod jodoformem. Oczywiście stósowaliśmy równocześnie wyłyżeczkowania ostrą łyżeczką Volkmanna i nakłówania. W dalszym przebiegu lub téż w takich razach, gdzie spostrzegaliśmy zbyt wielkie podrażnienie, używaliśmy maści żółtéj.

Chorób przyrannych nie spostrzegaliśmy śród stósowania naftalinu.

Co do działania drażniącego naftalinu, mogę podług naszych dotychczasowych spostrzeżeń wypowiedzieć zdanie, że rozmaite osoby pod tym względem różnie się zachowują nie tylko w obec naftalinu, ale i w obec innych środków opatrunkowych. I tak powstawało u chorego z przetokami odbytowemi po każdorazowém użyciu jodoformu silne zapalenie skóry na pośladkach i wyprysk, tak że musieliśmy środka tego zaniechać, zastąpiono go naftalinem, który nie wywoływał żadnego podrażnienia. W innych znowu przypadkach spostrzegaliśmy po użyciu naftalinu objawy nieznacznego podrażnienia rany lub jéj otoczenia, objawiające się uczuciem palenia w ranie lub zaczerwienieniem skóry w jéj otoczeniu. Przypadki te były dość częste, wyprysk lub znaczniejsze bóle występowały tylko wyjątkowo. Ostatnie zauważyliśmy w wysokim stopniu tylko w przypadku wilka twarzy wżerającego się tylko głęboko w kości szczękowe; w tym jedynym przypadku byliśmy zniewoleni zaprzestać używania naftalinu i wrócić do jodoformu. Krótko trwające lżejsze palenie spostrzegaliśmy częściéj.

Spostrzeżenia więc co do drażniących przymiotów naftalinu przekonały nas, że istnieją w tym względzie indywidualne różnice podobnie jak w obec wielu innych środków. W ogóle jednak sądzimy, że naftalin drażni więcéj skórę i ranę niż jodoform. Lecz właśnie ten przymiot, zdaniem naszém, wyzyskać należy w celach leczniczych, jak to już Hager radzi, np. w obec otrętwiałych owrzodzeń, niektórych przypadków wilka itp. Tam gdzie zbyteczne a przeciwne naszemu zamiarowi podrażnienie w otoczeniu rany wystąpiło, łatwo zapobiegaliśmy mu posmarowaniem skóry wazeliną przed zasypaniem proszkiem naftalinowym.

Chcąc się przekonać, czy i o ile drażni naftalin zdrową skórę, założyłem u 10 osób zdrowych 20 opatrunków naftalinowych w sposób zwyczajny. Po 2 dniach zdjęliśmy opatrunek, a na skórze nie spostrzegliśmy najmniejszego podrażnienia.

Powstawania strupów nie zauważyliśmy nigdy w tych przypadkach, w których założyliśmy zupełny opatrunek w sposób wyżéj podany; te zaś rany, które tylko proszkiem naftalinowym posypywano, jak rany wilka lub rany po rynoplastyce, daléj rany, których opatrunek nie zawierał papieru pergaminowego, np. w przypadkach lekkiego zranienia, pokrywały się strupem. Różne to zachowanie się ran naprowadziło nas na odgadnienie przyczyny, dla czego niektórzy podają, że naftalin z wydzieliną rany tworzy strupy, a inni temu przeczą; przyczyna ta polega, zdaje mi się, na używaniu lub nieużywaniu do opatrunku papieru pergaminowego albo innéj tkanki nieprzemakalnéj. Nie trudno pojąć, że zapobiegając przez używanie papieru pergaminowego parowaniu i zasychaniu wydzieliny zaradzamy tém samém tworzeniu się strupów; w przeciwnym razie wydzielina zasychając tworzy tak samo z naftalinem strupy, jak z każdym innym proszkiem. Z autorów, którzy przeczą tworzeniu się strupów śród używania naftalinu, podaje Hager, że na watę kładzie papier; Jasiński i Matlakowski używają także nieprzemakalnéj tkanki; u Fischera nie znajduję żadnéj wzmianki pod tym względem. Anschütz zaś, który zauważył tworzenie się strupów, nie używa ani papieru pergaminowego ani tkanki nieprzemakalnéj; Hoeftmann nie podaje żadnych szczegółów.

Zdania sprzeczne co do innych własności naftalinu tłumaczyć możemy w ten sposób, że niektórzy badacze spostrzeżenia swe robili w zbyt krótkim czasie; inni mieli materyjał nie dość urozmaicony. Tak np. ogłoszone przez Hoeftmanna uwagi nad naftalinem opierają się na doświadczeniach czynionych w przeciągu 7—8 tygodni, a nadto za materyjał obserwacyjny służyły mu wyłącznie przypadki policliniczne. Tymczasem już Hager wspomina, że u chorych tego rodzaju w skutek większych poruszeń łatwiéj krwawienia i większe boleści mogą powstawać niż u chorych leżących.

Streszczając ostatecznie wyniki naszych doświadczeń nad naftalinem mogę je ująć w następujące zdania:

Nie uważam naftalinu, podobnie jak Hager, za środek opatrunkowy wystarczający we wszystkich przypadkach; naftalin jest tylko tanim środkiem zastępującym zupełnie jodoform z małemi bardzo wyjątkami. Jak to bowiem już wspominaliśmy, musieliśmy w jednym przypadku dla znacznych boleści wrócić do jodoformu; środków uśmierzających w tym razie nie próbowano. Nie używaliśmy naftalinu w obec świeżych, gładkich ran, w ogóle tam, gdzie się spodziewaliśmy rychłozrostu; w tych razach nigdy téż przedtém nie używaliśmy jodoformu, wystarczał nam zawsze opatrunek z gazy Brunsa i waty salicylowéj, a w ostatnim czasie z gazy i waty sublimatowéj. Pod tym opatrunkiem otrzymywaliśmy wyniki tak wyborne, iż nigdy nie uczuwaliśmy najmniejszéj potrzeby czynienia jakichkolwiek zmian. W tych zaś przypadkach, w których jodoform oddawał nam rzeczywiste korzyści, możemy go śmiało naftalinem zastąpić jako środkiem o 30—40 razy tańszym i nie wywołującym **nigdy zatrucia**.

O mniéj lub więcéj przykréj woni jednego i drugiego środka nie chcę rozstrzygać; oba nie mogą rościć sobie prawa do przyjemnego zapachu; mnie osobiście woń naftalinu mniéj jest przykrą niż woń jodoformu.

III. Przyczynek do rękoczynnego leczenia suchot płucnych

(Rzecz przedstawiona na Walném zebraniu Wydziału lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół nauk Poznańskiego d. 21go Grudnia 1882),

przez Dr. **Kaczorowskiego.**

Felicyja S. z W. 11 lat licząca, dnia 3 Czerwca przyjętą została do zakładu Sióstr Miłosierdzia. Wedle wywiadów udzielonych mi przez lekarza domowego Dr. Pernaczyńskiego zapadła była przed dwoma miesiącami na ostre zajęcie lewego płuca, objawiające się kłóciem w lewym boku, uporczywym kaszlem z mierną, poniękąd krwią lekko zabarwioną, plwociną, gorączką z torem spuszczającym a następującemi objawami fizycznemi: po lewéj stronie klatki piersiowéj w tyle odgłos opukowy zupełnie stłumiony od dołu aż do połowy łopatki, od stosu pacierzowego aż do linii pachowéj, oddychanie na tym stłumionym obszarze w dole prawie wcale niedosłyszalne, ku górze coraz głośniejsze i w oskrzelowe zaostrzające się. Po kilku tygodniach mało co zmieniającego się biegu chorobowego nagle nastąpiło gwałtowne do wymiotów prawie podobne wykrztuszanie bardzo obfitéj ropiastéj cieczy — odtąd gorączka ustała, stłumienie znacznie wyjaśniło się, oddychanie pęcherzykowe powróciło, wprawdzie słabsze od prawidłowego i w górnéj części jeszcze zaostrzone. Kol. P. rozpoznawał chorobę jako zapalenie opłucny z wysiękiem ropiastym, który utorował sobie drogę na zewnątrz przez oskrzele. Widząc przy sposobności chorą w W. krótko po owém przesileniu razem z kol. P. nie mogłem jak podzielać jego zdanie. Tymczasem chora odtąd w przerwach po kilka dni trwających na nowo gorączkować, dawniejsze stłumienie wraz z słabszém oddychaniem powracać zaczynały, dopóki znowu obfitsze nie nastąpiło wyrzucanie ropiastéj odtąd coraz bardziéj cuchnącéj plwociny, poczém znowu gorączka zwolniała i dawniejsze zjawiska fizyczne, szczególnie oskrzelowe oddychanie, zajęły swe miejsce. Taki stan regularnych na przemian zwiększanego lub zmniejszanego ucisku tylnéj części dolnego płatu lewego płuca utrzymywał się przez 6 tygodni, w którymto czasie jednak stłumienie coraz bardziéj ustalało się, a oddychanie, w górze coraz stateczniéj oskrzelowe, mięszać się zaczęło z drobno-bańkowemi dźwięcznemi rzężeniami. Chorą widzieli w miejscu jéj zamieszkania proff. Fischer i Sommerbrodt z Wrocławia, pierwszy rozpoznając otok opłucny niedokładnie przez oskrzele wypróżniający się, drugi serowate zapalenie płuca z powstałą już jamą — obydwaj podobno przypuszczając podstawę gruźliczą nie byli pochopnymi do podjęcia jakiego rękoczynu. Chora przybywszy do zakładu przedstawiła stan następujący: dziewczę wzrostu odpowiedniego wiekowi, bardzo delikatnéj budowy kostnéj, w wysokim stopniu wychudzona, wątłych mięśni, cery bladożółtawéj, błon śluzowych bladych, odnóg dolnych przy kostkach lekko obrzękłych, od południa lekko gorączkuje, (c. r. 36·8 p. 38·2 w. 38·0° C.) tętno ma nikłe 130 razy w minucie, oddechów około 30, kaszel kilka razy na dzień odzywający się, z którym za każdym razem kilka łyżek ropiastego bardzo cuchnącego czasem lekko krwią zabarwionego płynu wyrzuca, klatka piersiowa płaska, równych po obydwu stronach rozmiarów, z przodu żadnych przy badaniu fizyczném nie przedstawia zboczeń od prawidłowego stanu, z tyłu po lewéj stronie opukiwanie wydaje od dołu odgłos zupełnie tępy aż do połowy łopatki, ztamtąd trochę jawniejszy aż do grzebienia łopatki, powyżéj prawidłowy, granica stłumienia nie przekracza na zewnątrz średniéj linii pachowéj, schodząc ku niéj skośno od środka grzebienia łopatki. Oddychanie wszędzie pęcherzykowe wyjąwszy obszar stłumienia, gdzie na dole ledwo dosłyszalne, ku górze coraz głośniejsze pęcherzykowe, nareszcie oddychanie oskrzelowe dochodzi do ucha, przy końcu wdechu przechodząc w gammę dźwięcznych rzężeń drobno-bańkowych. Serce tak co do położenia jak tonów nic nieprawidłowego nie pozwalało wynaleźć. Łaknienie nierówne, czasem skłonność do rozwolnienia. Plwocina przedstawia płyn czysto ropiasty, rzadki, równie jak oddech w czasie kaszlu cuchnący, czasem różowo zabarwiony, ilość wyrzuconych na dobę plwocin wynosi około 300 gramów. Chora wstaje wprawdzie, ale z trudnością chodzi i czuje wielki upadek sił. Rozpoznanie niejasne — wahać się mogło między otorbielonym przełamanym przez oskrzele (opierając się na wywiadach) ropiastym wysiękiem opłucnym, do którego przyłączyło się zgniłe zapalenie oskrzeli (*bronchitis putrida*) i międzymiąższowe zapalenie powierzchownych tylnych warstw dolnego płatu lewego płuca, albo jamą rozstrzeniową (*caverna bronchiectatica*) w tejże części płuca wynikłą z międzymiąższowego zapalenia, rozwiniętego zwolna w następstwie krztuśca, który chora przed rokiem przebywała.

Jakkolwiek bądź, przedstawiał się obraz suchot płucnych, który, mniejsza o to, czy zachodziło tu zakażenie gruźlicze lub nie, z powodu obfitej utraty ustawicznie gnijących soków, wynikającéj ztąd gorączki, nieuniknionego w dalszym przebiegu szerzenia się spustoszenia na przyległe części płuca, najwidoczniéj zagrażał życiu słabowitéj już od urodzenia pacyjentki i jedyną szansę ocalenia jéj wskazywał w rękoczynie, któryby obszernemu zbiornikowi rozkładającéj się ropy drogę odpływu przez ścianę klatki piersiowéj na zewnątrz otworzył.

Tym celem wykonałem dnia 9/6 przy pomocy kol. Batkowskiego, po probierczém przekłóciu klatki piersiowéj, które nic nie wykazało prócz śladu ropy w igiełce strzykawki Pravaza, wycięcie około 5 cm. długiego kawałka szóstego lewego żebra pod kątem łopatki. Po otwarciu opłucny natrafiłem nie na wysięk, lecz na płuco przyrosłe dość luźno do ściany piersiowéj. Odłączywszy takowe na całéj dla palca przystępnéj przestrzeni wyczuwałem całą jego powierzchnię jako dość zbite, niegładkie, grudowate ciało, ku górze zaś napotkałem na miejsce podatniejsze, jakby chełbocące. Nie mogło być rzeczą wątpliwą, że płuco w tém miejscu było nacieczone, a prawdopodobna, że w górze znajduje się jama rozstrzeniowa. Rozmyślając, jakby jamę ową otworzyć, (ostrego narzędzia użyć wzbraniała obawa zbytniego krwotoku) skorzystałem z wystającego trochę paznogcia palca swojego i nim oto rozrywając na wszystkie strony kruchą tkankę płuca w celu spustoszenia nacieczonych części dostałem się nareszcie w górze do miejsca gładkiego, miękkiego, w którém krótkość palca nie dozwoliła wprawdzie bliżéj się oryjentować, ale które zdawało się być ową poszukiwaną jamą. Kaszel nagle powstały, przepędzający z głośnym hukiem powietrze z płuca na wylot uskutecznionym dopiero co w klatce piersiowéj otworem oraz wydobywające się z rany krwią zabarwione brudne kurzyny, nie pozostawiały żadnéj

wątpliwości, że komunikacyja oskrzeli na zewnątrz utworzoną została; krwotok był bardzo mierny.

Po wystrzyknięciu całego pola operacyjnego rozczynem kwasu salicylowego włożono do jamy opłucnowéj gruby około 10 cm. długi dren a na to opatrunek jodoformowy. Reakcyja po tym rękoczynie była zrazu dosyć gwałtowna, ile że trwoga przed operacyją, silny opór przy chloroformowaniu z strony dziecka już przedtém niemały sprowadziły były upadek serca. Tętno spadło do 150 przeszło uderzeń, ciepłota podniosła się do przeszło 40·0° i stan taki trwał dni kilka. Wydzieliny z rany krwawo-surowicze, bardzo cuchnące, były tak obfite, że opatrunek dwa razy dziennie w pierwszych dwóch dniach trzeba było odnawiać.

Smrodliwe ropiaste plwociny ustały od chwili operacyi. Zwolna rana zaczęła mniéj wydzielać, przepłukiwania jéj, do których użyto późniéj rozczynu olejku eukalyptowego, wydalały martwe płatki miąższu płucnego, pod koniec tygodnia wydzielina przybrała ropiasty charakter. Przy każdém przepłukiwaniu, ile razy przez wyższe uniesienie irygatora zwiększony został nacisk płynu, chora uczuwała płyn ów wstępujący aż do gardła, również smak jodoformu, który po przepłukaniu wdmuchiwano do jamy opłucnéj. Po 2 tygodniach ciepłota stała się zupełnie prawidłową, wydzielina nieznaczną, czysto ropiastą, bez woni, powrócone łaknienie szybko skrzepiało chorą, która pod koniec m. Czerwca wstawać i powoli chodzić zaczęła. Plwociny parę razy na dzień wydobywające się były odtąd bardzo nieznaczne, surowiczo-śluzowe, bez żadnéj woni, oddech swobodny, tętno około 100 uderzeń w minucie. Objawy fizyczne o tyle się zmieniły, że odgłos po nad przetoką znacznie wyjawniał, poniżéj i na bokach pozostał jeszcze stłumiony; oddychanie po nad raną było pęcherzykowe bez domieszki wyżéj wzmiankowanych dźwięcznych rzężeń, w obrębie rany amforyczne.

W takim stanie rokującym wcale pomyślne zejście, w połowie m. Lipca zmuszony będąc dla własnego wyjazdu przerwać dalszą obserwacyję dziecka, wysłałem je dla górskiego powietrza do Salzbrunnen. Kolega zdrojowy, zajmujący się także opatrywaniem przetoki płucnéj, napotykał przy każdéj zmianie opatrunku na tyle trudności i opozycyi z strony tak choréj jak i jéj otoczenia, że skutkiem przycinania niedogodnego choréj drenu przed czasem zarosła przetoka płucna, późniéj dren wśliznął się do jamy opłucnowéj, a nareszcie i otwór opłucny żebrowéj zarósł i pozostała tylko przetoka w zewnętrznych powłokach klatki piersiowéj. (Dok. nast.)

IV. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od r. 1879 do 1882.

Podał Dr. Emanuel Rosenblatt.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 13).

h) W zatruciu jodoformem.

1. Katarzyna Tyranówna, dziewczyna 7-letnia, dobrze odżywiona, bez widocznych objawów zboczenia w odżywieniu, przyjęta do szpitala 28go czerwca 1881. Kościec prawidłowy, gruczoły karkowe i podszczękowe nieprzerosłe, na skórze wewnętrznéj i przedniéj powierzchni uda lewego tuż pod fałdem pachwinowym znajduje się wrzód wielkości dłoni o powierzchni nierównéj, guzowatéj, brzegach w części górnéj i zewnętrznéj ostrych, ze ścieńczałéj i podminowanéj skóry utworzonych, w części zaś dolnéj i wewnętrznéj wyniosłych, nierównych, utkania bliznowatego, z pod których jednak również wydobywa się nieco gęstéj ropy za uciśnięciem. Dno wrzodu, przedzielone mostkiem z utkania bliznowatego, tu i owdzie pokryte ziarniną nieco żywszą, okazuje miejscami otwory zatokowe, z których za uciśnięciem wydziela się ropa gęsta, białożółta, w części zaś dolnéj składa się ono z guza nierównego wielkości jaja gołębiego, przesuwalnego, barwy białawo-różowéj, utkania gruczołowego. Gruczoły pachwinowe po stronie lewéj przerosłe, twarde niebolesne, po stronie prawéj zaś prawidłowe. Według podania rodziców ma wrzód ten trwać już od roku a powstał z ropnia bez jakiéjkolwiek wiadoméj przyczyny utworzonego. Narządy oddechania, krążenia i trawienia nie przedstawiają żadnych zboczeń, tak samo narządy zmysłów, czucia i ruchu zupełnie prawidłowe. 30 czerwca usunięto brzegi wyniosłe wrzodu za pomocą termokauteru Pacquelina a późniéj opatrywano wrzód skubanką w kwasie karbolowym maczaną, ecz bez widocznego skutku pod względem zabliźniania, dla tego też użyto jeszcze 6/7 i 13/7 powtórnie termokauteru celem usunięcia mostka i otwarcia zatok, z następowym opatrunkiem karbolowym. 18/7 Gorączkuje nieznacznie, c. r. 37·8, c. w. 38·2°C., przyczyny jednak podniesienia ciepłoty wykazać nie można; 20/7 ciepłota prawidłowa, wrzód się zmniejsza, choć bardzo powoli, okazuje jednak dążność do zabliźnienia; 23/8 śród zmiany opatrunku spostrzeżono, że wrzód, który już dość znacznie się zabliźnił, na nowo się rozszerzył a brzegi rozpadły. Badanie choréj wykazało nieznaczny obrzęk powiek górnych i cerę bledszą niż zazwyczaj. Mocz oddany zresztą w ilości znacznéj wykazywał tylko ślad białka ledwo spostrzegalny. Apetyt niezmniejszony. 24/8 ciepłota prawidłowa, w moczu białka nie ma; ponieważ wrzód daléj się rozpadał, opatrzono go jodoformem po zasypaniu także i zatok. Wieczorem około godziny 4éj silne wymioty, które jednak same przez się ustąpiły; 25 i 26 nic nowego nie zaszło, chora nie gorączkuje, nie obrzęka, nie ma bólów, nie wymiotowała; 27 zmiana opatrunku, około południa po dwakroć wymioty. Mocz badany wieczorem zawiera znaczną ilość białka, w osadzie liczne ciałka krwi i wałeczki Belliniego. Ponieważ nieprzypuszczając jeszcze wtedy zatrucia jodoformem odnosiliśmy przypady te do zapalenia miąższowego nerek prawdopodobnie po płonicy, u nas w zakładzie przebytéj, o postaci tak łekkiéj, iż przebiegała prawie niespostrzeżenie i objawiła się tylko mierném podniesieniem ciepłoty przez dwa dni, dla którego to objawu jednak wtedy przyczyny przez badanie fizyczne wynaleść nie byliśmy w stanie, zalecono używanie kwasu będźwinowego w proszkach 2 ctgramowych, co 2 godziny po jednym, a nadto wstrzyknięto podskórnie 1 ctgrm. chlorku pilokarpinu, poczém nastąpiło polepszenie, apetyt wrócił, chora nie wymiotowała więcéj i mocz okazywał 1/9 tylko zaledwo ślad białka; 2/9 zmiana opatrunku, zatoki zasypano gęsto jodoformem sproszkowanym. Stan choréj niezmieniony, apetyt niezły; w nocy o godzinie 2éj wystąpiły nagle drgawki ogólne, trwające prawie bez przerwy do godziny 5éj; 3/9 rano chora zupełnie nieprzytomna, czucie i odruchy jednak prawidłowe, w narządach wewnętrznych zmian nie ma, chora nie gorączkuje, źrenice jednakowe, nieco zwężone, porażeń nie ma. Przypuszczając świeży nawał do nerek zalecono lawatywy z octu, zwłaszcza że istniejąca obstrukcyja mogła także wzniecić podejrzenie, że rozwija się zapalenie opon mózgowych. Nadto robiono okłady lodowe na głowę.

Mocz oddany w ilości skąpéj zawiera krew i ilość białka odpowiadającą téjże; 4/9 przytomność przywrócona, nad ranem chora wymiotowała kilkakrotnie płynem zielonawym. Zupełna bezłakność, znużenie, śpiączka. W nocy raz jeszcze krótkotrwałe lekkie drgawki mięśni twarzowych; 5/9 chora spokojna, przytomna, niedowład odnogi górnéj lewéj. Po lawatywach z octu kilka wypróżnień. Zmiana opatrunku. W miejsce jodoformu dla chwilowego braku tegoż opatrzono wrzód w sposób pierwotny, t. j. płatkami skubanki we wodzie karbolowéj maczanemi; 6, 7, 8, 9 i 10 września nic nowego nie zaszło, chora ma się coraz lepiéj. Rozwolnienie całkiem ustało, wymioty tylko 6go jeszcze raz jeden się powtórzyły, apetyt dobry, w moczu białka całkiem nie ma, inne składniki prawidłowe. Chora zażywa daléj kwas będźwinowy, kąpie się w letniéj wodzie, a następnie stosuje się u niéj koce dla wywołania potów; 11 września opatrzono wrzód ponownie jodoformem; wieczorem silne bardzo wymioty, chora niespokojna, rzuca i wije się po łóżku; 12go rano rozpoczęły się drgawki tak odnóg górnych jak i dolnych, przerywane, o znaczném natężeniu, drgawki mięśni twarzy, późniéj także i przepony, przyczém chora wydawała przeraźliwe okrzyki. Wśród drgawek częste wymioty zielonawo-żółte. Bezprzytomność zupełna, źrenice jednakowo rozszerzone, czucie znacznie upośledzone, c. r. 38·0°C. Drgawki te utrzymywały się w jednakowém nasileniu aż do wieczora, dopiero około godziny 5éj utraciły na swéj mocy i obejmowały naprzemian to jednę to drugą połowę ciała, wreszcie ograniczyły się tylko do odnóg górnych i mięśni twarzy. Mięśnie gałek ocznych przez cały czas były wolne. Zresztą wystąpiła tylko znaczna sinica, oddech charczący, wydzielanie śliny zwiększone, tętno przyspieszone, mocz i stolce mimowolne. Po zastosowaniu powtórném lawatyw octowych drgawki w nocy ustały, przytomność jednak nie powróciła, chora pogrążona w śpiączce z półprzywartemi powiekami; 13/9 ciepłota ranna 38·1°C., chora leży spokojnie, cera bladosina, wzrok w dal ustawiony, zresztą na twarzy zboczeń nie ma. Prawa połowa ciała porażona, czucie upośledzone, przytomności nie ma. W płucach ani sercu zmian wykazać nie można, tętno bardzo nikłe, przyspieszone. Wymiotów nie było, mocz i stolec mimowolne, rozwolnienia nie ma. Wstrzyknięcia podskórne pilokarpinu nie odniosły widocznego skutku; 14/9 stan ten sam się utrzymuje, przytomności nie ma, chora nie poznaje rodziców, którzy ją odwiedzili, oczy skierowane ku górze i stronie lewéj, źrenice wąskie, wykrzywianie twarzy, drżenie całego ciała. Po stronie lewéj klatki piersiowéj pod kątem łopatki ton wypukowy krótszy, oddech zaostrzony, ciepłota ranna 38·5°C., tętno jeszcze daléj nikłe, oddech nieco więcéj przyspieszony lecz regularny. Po powtórném zastrzyknięciu pilokarpinu w ilości 0·01grm. znaczne ślinienie i wymioty; chora mocz oddaje w znacznéj ilości ale pod siebie, tak iż często podkład zmienić należy. Bańki suche na lewą połowę klatki piersiowéj, c. w. 39·0°C. 15/9 stan ten sam, c. r. 39·1°C., bezprzytomność ciągła, śpiączka przerywana tylko drgawkami pojedyńczych członków i rzucaniem się. Oddech nieregularny, przerywany, ruchy serca tumultuarne, tony czyste, tętno drobne, uderzeń 120 na minutę. Niedowład nerwu twarzowego prawego. Porażenie prawéj połowy ciała znacznie na mocy swéj utraciło, w drgawkach i odnoga górna prawa bierze udział, c. w. 39·5°C.; 16/9 c. r. 37·5°C., c. w. 38·6°C., zresztą stan ten sam; 17/9 w nocy i nad ranem znów silniejsze drgawki, przeważnie mięśni twarzy i lewéj połowy ciała; spojrzenie groźne, oczy skierowane najczęściéj ku stronie lewéj i ku górze, źrenice wąskie, na policzkach wypieki, zęby zaciśnięte, z gęby płynie pienista ślina. Odnogi tak górne jak i dolne w stanie skurczowym, sztywne, porażenia ustąpiły zupełnie, odruchy zwiększone, na skórze występują plamy Trousseaua. Wypuk daje po stronie lewéj z tyłu i u dołu odgłos stłumiony, przy wysłuchu drobne trzeszczenia i wydech oskrzelowy. Brzuch napięty, zatrzymanie stolca przez dobę. Ciepłota ranna 38·5°C. Zalecono proszki kalomelowe co 2 godziny po 0·02grm.; 18/9 bezprzytomność ciągła, drgawki w okresach nieregularnych się powtarzają, tętno sprychowe niewyczuwalne, c. r. 37·5°C. Po kalomelu kilka wypróżnień zielonych, c. w. 38·0°C.; 19/9 c. r. 39·5°C. Oddech cuchnący, trupi, tor oddechowy nieregularny, czasem po 60 oddechów na minutę, często jednak oddech przerywany długiemi pauzami. Ciągły *nystagmus oscillatorius*. Częste stolce mimo wiedzy oddawane, kaszel, zresztą stan taki sam jak w dniach ostatnich, c. w. 39·1°C; 20/9 c. r. 39·8°C., drgawki jeszcze się utrzymują, występują bez ładu to na jednéj to na drugiéj połowie ciała, albo i na obydwu odnogach górnych i twarzy, przytomności nie ma, czucie na odnogach upośledzone, sztywność odnóg się utrzymuje. Źrenice jednostajnie rozszerzone, tor oddechowy Cheyne-Stokesa wybitny, brzuch miernie sklepiony, rozwolnienie, w ciągu dnia 6 stolców zielonawych, c. w. 40·5°C.; 21/9 o godzinie 4éj rano wśród ogólnego zapadu śmierć.

Przedewszystkiém biorąc na uwagę przypady początkowe, t. j. obrzęk surowiczy powiek, zmianę cery, jaka często zapaleniu nerek zwłaszcza po płonicy towarzyszy, rozbiór moczu, wykazujący obecność śladu białka, przypady, które 23 sierpnia wystąpiły, a przypominając sobie podniesienie ciepłoty w dniach 18m i 19m lipca, dla których wtedy żadnéj przyczyny wynaleść nie byliśmy w stanie, a które teraz na podstawie znalezionych zboczeń poczytaliśmy za płonicę o przebiegu bardzo łagodnym i bez wysypki występującéj, zwłaszcza iż w czasie tym więcéj przypadków płonicy uważaliśmy, i że czas wystąpienia przypadów ze strony nerek, bo pięć tygodni, zupełnie z tłumaczeniem naszém się zgadzał, rozpoznaliśmy zapalenie nerek miąższowe, o przebiegu przyostrym, w którém to rozpoznaniu tém więcéj się upewniliśmy, skoro po dniach kilku, t. j. 28go, wystąpiły wymioty a rozbiór moczu wykazał w osadzie liczne ciałka krwi i wałeczki Belliniego. Dla tego téż zbiór przypadów, które wystąpiły późniéj, bo 2 września, jakoto drgawki, nieprzytomność, obok skąpéj ilości moczu krew zawierającego, ciepłoty prawidłowéj, odnieśliśmy do napadu mocznicowego, nie przypuszczając jeszcze możliwości zatrucia jodoformowego, zwłaszcza iż w roku 1880 stosowaliśmy jodoform wewnętrznie u dzieci o wiele młodszych a nigdy przypadów złych nie uważaliśmy, a powtóre, iż z rozbiorów moczu, poczynionych przez prof. Stopczańskiego, przekonaliśmy się o szybkiéj resorbcyi jodoformu, szybkiém pojawianiu się jodu w moczu w ilości bezpośrednio oznaczyć się dającéj i szybkiém znikaniu zaraz po zaniechaniu leku, choć w kilku razach mimo długotrwałego zażywania jodoformu w téj saméj dawce w moczu jodu nie można było wykazać bezpośrednio, co już wówczas i prof. Stopczańskiego zadziwiło (Numer Protok. 258, 4/12 1879, VII, 9/1, 1880, VI, 9/1 1880), a potrzecie wreszcie, iż przypadki zatrucia jodoformem, podobne

w objawach do przypadku przez nas zauważonego, a opisane dopiero późniéj przez Henryego, Czernyego, Haksa, Schedego, Königa, Kochera itd. oczywiście znanemi być nam nie mogły. Chociaż rozpoznanie mocznicy zdawało nam się mieć najwięcéj prawdopodobieństwa za sobą, to jednak nasuwała nam się pewna wątpliwość, jak tłumaczyć sobie przypady, które przebiegowi mocznicy zazwyczaj nie odpowiadają a w naszym przypadku właśnie miały miejsce. Podejrzaném wydawało się nagłe wystąpienie mocznicy, chociaż wymioty już poprzednio zupełnie ustały, mocz badany w dzień poprzedni, bo 1/9, a oddawany w ilości prawidłowéj, okazywał tylko ślad zaledwo spostrzegalny, ponieważ chora jeszcze w tym samym dniu rano okazywała apetyt niezmieniony, ponieważ 3/9 źrenice były zwężone, przytomność w 11 godzin po ustaniu drgawek jeszcze nie wróciła. Ponieważ jednak w dalszym ciągu przypady te groźne ustąpiły, przytomność wróciła, wymioty i drgawki ustały, upadło zupełnie przypuszczenie, które przez chwilę na myśl się nam nasuwało, jakobyśmy może w przypadku rzeczonym mieli do czynienia z początkiem zapalenia opon mózgowych; niewyjaśnioném jednak pozostało tak prędkie zniknięcie białka w moczu, którego 10/9 nie można było więcéj wykazać, a zatém tak szybkie ustąpienie choroby głównéj po tak groźnych przypadach. W trudniejszém jeszcze położeniu znaleźliśmy się 11 września, skoro wystąpiły przypady nieodpowiadające ani powtórnemu napadowi mocznicowemu, ani zapaleniu opon, ani cierpieniom innym narządu nerwowego, ani zakażeniu gnilnemu. Przeciw rozpoznaniu mocznicy przemawiało przedewszystkiém obfite wydzielanie moczu i składniki jego prawidłowe, daléj podwyższenie ciepłoty, nagłe wystąpienie drgawek długotrwałych bez poprzedniego bólu głowy, bólu w okolicy serca, brak prawie zupełny obrzęku surowiczego skóry; przeciw rozpoznaniu zapalenia opon w ogólności bez względu na postać: 1) brak bólu głowy, na który chora jako już starsza żalićby się powinna, 2) brak objawów ze strony nerwów czaszkowych, zwłaszcza twarzowych, 3) zachowanie się tętna, przyspieszonego, nieokazującego nieregularności, 4) napięcie powłok brzusznych zamiast zapadnięcia, 5) upośledzenie czucia w samym początku zamiast zwiększenia takowego, w szczególności zaś przemawiał przeciw zapaleniu opon gruźliczemu brak okresu zwiastunów, szybkość wystąpienia drgawek, postać sama drgawek, brak przypadów podstawowych; przeciw zapaleniu opon zwykłemu, zanadto niska ciepłota, brak sztywności w karku, wreszcie brak momentu etyjologicznego. Co do innych cierpień mózgowia lub błon np. krwotoku, nowotworu itp., to ze względu na zbiór objawów, które w naszym przypadku uważaliśmy i na porządek, w jakim występowały, wcale o nich myśleć nie potrzebowaliśmy, tak samo jak o septichemii lub o ropniach pyemicznych w mózgu z uwagi na niski stan ciepłoty, brak obrzęku śledziony, brak zabarwienia żółtawego i brak objawów ogniskowych. Niepewność nasza wzrastała coraz bardziéj, skoro w dalszym ciągu występowały porażenia przemijające już to na połowie ciała prawéj już téż to na lewéj, drgawki powtarzały się ustawicznie, źrenice już to były wąskie, już téż to szerokie, na skórze występowały plamy Trousseaua, wreszcie wystąpiły objawy ze strony nerwów czaszkowych a bezprzytomność i głęboka śpiączka trwały ciągle przez dni jedenaście aż do śmierci. Dla tego téż rozpoznaliśmy ostatecznie: *Hydrocephalus ventriculorum subacutus* a za przyczynę przypuściśmy zadrażnienie opon przez istoty rozkładowe moczu, które po napadzie mocznicowym i jego skutkach w komórkach mózgowych pozostały. Rozpoznanie nasze brzmiało zatém: *Adenitis inguinalis suppurativa, Nephritis parenchymatosa subacuta, hydrocephalus subacutus, bronchopneumonia sinistra, bronchitis bilateralis.*

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Oceny i sprawozdania.

Falk (w Berlinie): **Przyczynek do patogenezy obrzęku płucnego.**

Oddawna lekarze sądowi zwracają na to uwagę, że obrzęk płuc zazwyczaj nie jest przyczyną śmierci, lecz objawem śmierci towarzyszący a występujący śród konania. Mechanizm powstania obrzęku wytłumaczył dopiero Welch pod kierownictwem Cohnheima, podając, że obrzęk płuc końcowy jest obrzękiem zastoinowym, powstającym w skutek przeszkód w odpływie krwi płucnéj, których komórka prawa usunąć nie może. Gdy zabiegi operacyjne, za pomocą których wywoływali u zwierząt obrzęk płucny, uprawniły ich wprawdzie do tego tłumaczenia, ale zarazem przyznać musieli, że u człowieka występuje obrzęk, pomimo że o czémś podobném do owych zabiegów mowy niema, więc przypuszczali, że u człowieka porażenie komórki lewéj, podczas gdy prawa jeszcze pracuje, stanowi ową nieusuwalną przekodę dla odpływu krwi żylnéj płucnéj. Teoryję te udowodnił Welch za pomocą doświadczenia: ile razy u królika wywierał ucisk za pomocą palca na komórkę lewą, powstawał obrzęk, za uciskiem komórki prawéj (saméj lub łącznie z lewą) obrzęk nie występował. Wyższe napięcie tętnicze, napięcie naczyniowe i działanie ssące komórki prawéj czynią możebném dostanie się dostatecznéj ilości krwi do komórki prawéj po ustaniu parcia ze strony komórki lewéj, a tém samém czynią możebném powstanie zastoiny w płucach. S. Mayer wreszcie wykazał, że niedokrewność mózgu powstała w skutek powstrzymanego odpływu krwi z komórki lewéj przez drażnienie nerwów naczyniościągających podwyższa ciśnienie krwi i napięcie tętnicze a przez to wpędza krew do serca prawego; nadto w skutek niedokrewności mózgowéj powstają duszność, ruchy oddechowe aspiracyjne i kurcze, co wszystko wpływa na przypływ krwi do serca prawego. Jeżeli wreszcie uwzględnimy, że w skutek ucisku tętnicy wieńcowéj lub przerwania respiracyjnéj wymiany gazów u zwierząt porażenie lewéj połowy serca następuje wcześniéj aniżeli prawego, i że przypuszczamy, iż u człowieka konającego prawa połowa serca późniéj bić przestaje aniżeli lewa, — to tłumaczenie obrzęku płucnego, podane przez Cohnheima i Welcha, okazuje się całkiem uzasadnionėm.

Co jednak łatwo sprawdzać na zwierzęciu, do tego potrzeba u człowieka szczególnego zbiegu okoliczności. Potrzeba dwóch głównie warunków: aby jedna tylko komórka była obrażoną, oraz aby śmierć po takiém zranieniu nie nastąpiła zbyt szybko, jak to zazwyczaj ma miejsce. Otóż Falk podaje 2 przypadki takie sądowolekarskie: w 1ym mężczyzna raniony został strzałem śrutowym, przyczém jeden kawałek śrutu dostał się w ścianę komórki lewéj a śmierć nastąpiła dopiero po upływie kwadransa, nie w skutek ujścia krwi (kanał postrzałowy nie komunikował z komórką sercową) lecz porażenia serca; obrzęk płucny znaczny, brak niedokrewności mózgu (nie było też drgawek

ani utraty przytomności). W przypadku 2im robotnik na dworcu kolei zgnieciony został wagonem; śmierć po upływie kwadransa, sekcyja wykazała pęknięcie prawéj komórki, i brak obrzęku. Przypadki te stwierdzają więc teoryję Cohnheima i Welcha. (*Virchowa Archiw*, T. 91, Z. 3 z 2 marca 1883). *L. B.*

Leyden: **Pogląd na anatomiję patol. porażeń ołownych i nerkę ołowną.** (Wykład miany w Tow. lek. berlińskiém d. 19 marca b. r.)

Na podstawie obserwacyi bardzo wybitnego przypadku tego zatrucia, którego historyję choroby i protokół oględzin zwłok podaje, zastanawia się autor przedewszystkiém nad 1) porażeniami ołownemi, 2) bólami stawowemi, 3) cierpieniem mózgowém i 4) cierpieniem nerek wśród przebiegu ołowicy.

1) Mięśnie i nerwy przedramienia okazywały wybitny zanik włóknisty, jak to już i inni autorowie opisali. Nerwy tak pomiędzy mięśniami jakotéż główne ich pnie przedstawiały obraz zapalenia z cechą zwyrodnienia i wysoki stopień zaniku; rdzenia pacierzowego nie badano wprawdzie w tym przypadku, dawniejsze jednak badania Westphala, Friedländera i Zunkera wykazały, że przyczyna porażeń ołownych polega na miejscowém zwyrodnieniu mięśni i nerwów.

2) Co do bólów w stawach istnieje dwojakie zapatrywanie: Tanquerel des Planches nazywał je artralgiją i zaliczał do nerwobólów; Musgrave, Plater i Garrod zwrócili uwagę na częstość pojawiania się dny u cierpiących ołowicę. Przypadek L. przemawia na korzyść zapatrywania pierwszego, gdyż w stawach i ich otoczeniu nie wykryto przy sekcyi żadnych zmian a złogów moczanowych nigdzie zresztą nie napotkano.

3) Cierpienie mózgowe objawiało się silnym bólem w tyłogłowiu i napadami śpiączki. Napady te podobne były do mocznicowych, nie spostrzeżono jednak nigdy drgawek. Autor skłania się do nadania im znaczenia napadów mocznicowych a wybroczyna śródoponowa znaleziona przy sekcyi przemawia również za jego zapatrywaniem, wybroczyny tego rodzaju napotyka się bowiem w przebiegu typowéj mocznicy.

4) Najwięcéj zasługuje na uwzględnienie powikłanie ołowicy z chorobą nerek, tutaj są bowiem zdania autorów podzielone, a mianowicie, czy choroba nerek jest następstwem zatrucia lub téż przypadkowém powikłaniem. Bright już wspomina o niéj, obszerniéj zastanawia się nad nią Tanquerel des Planches, lecz dopiero Ollivier (1863) stara się doświadczeniami stwierdzić związek pomiędzy jednem a drugiém schorzeniem. Również stanowczo wyraża się o tém Wagner w dziele zbiorowém Ziemssena opisując marskość nerki w przebiegu ołowicy występującą jako odrębną postać téj zmiany chorobowéj. We wszystkich przypadkach, które L. zna z własnego doświadczenia, napotykał marskość nerek w czerwonéj odmianie, bardzo zbliżonéj do nerki stwardniałéj (*Nierensclerose*) Bartelsa. Obrazy makroskopowe i mikroskopowe nie różnią się prawie od obrazów napotykanych wśród przebiegu choroby samoistnéj, analogija istnieje nawet co do przerostu lewéj komórki serca, co już za życia zdradza właściwe, charakterystyczne tętno. L. dochodzi do wniosku, że marskość nerek istnieje niewątpliwie jako postać odrębna, pojawiająca się li w zatruciu ołowiowém. Twierdzenie swoje opiera na spostrzeżeniu, że 1. zmianę wspomnianą napotyka się nader często w przebiegu ołowicy; 2. znajduje się ją często u osób młodych, u których nader rzadko spotkać się można z marskością nerek jako chorobą samoistną; 3. zmiana chorobowa cechuje się pewną właściwością anatomiczną, polegającą zdaniem L. na zaniku wąskiego tylko rąbka istoty korowéj nerek, gdzie mniejsze tętniczki wyrodnieją szklisto, a błona wewnętrzna większych gałązek okazuje tylko nieznaczny przerost. Jaki jest związek przyczynowy pomiędzy ołowicą a schorzeniem nerek, tego dotąd wykryć nie zdołano. Ollivier przypuszcza bezpośrednie działanie ołowiu na miąższ nerkowy, nie spostrzeżono jednak dotąd złogów tego metalu lub jego soli w miąższu nerkowym w przebiegu ołowicy przewlekłéj, ostrego zapalenia nerek téż dotąd nikt nie spostrzegł tak, iż wcale nie można się domyśleć wątku łączącego ołowicę z marskością nerek. Dickinson przypuszcza pośrednictwo dny i widzi w miąższu nerkowym jedynie powikłanie dnie właściwe, są jednak przypadki, gdzie sprawa w nerkach pojawia się bez śladu objawów dny; jak to właśnie miało miejsce w przypadku autora. Jedna jest tylko zmiana, któraby mogła wytłumaczyć spostrzegany związek, a tą jest schorzenie ścian tętnic, rozciągające się nietylko na tętnice miąższu nerkowego ale i na tętnice mięśni i nerwów przedramienia. Jestto jednak tylko opisanie sprawy a nie jéj wytłumaczenie, gdyż należałoby znowu wyśledzić związek pomiędzy tą sprawą a ołowicą a stałe jéj pojawianie się nie jest jeszcze wcale dowiedzionem. (*Deutsche med. Wochenschrift*, Nr. 13, 1883). *Dr. Schaitter.*

Wiadomości pomniejsze.

Playfair. **Hysteryja.** (*Brit. med. journ.* 1882, Nr. 1229). P. w nowszym czasie próbował leczyć te przypadki macinnictwa metodą Mitchella, które nie wykazywały żadnych zmian w narządach płciowych za podstawę choroby i wszelkim innym sposobom leczniczym się opierając stawały się już rozpaczliwemi. Sposób Mitchella polega na tém, że: 1) chorą odosabnia się od rodziny i utrzymuje w bezwzględnym spokoju; 2) odbywa się codziennie kilkagodzinne mięsienie i faradyzacyję wszystkich mięśni ciała; 3) podaje się choréj wielką ilość pokarmów, postępując w ten sposób, iż do początkowych częstych a ciągle wzrastających dawek mleka dodaje się coraz więcéj innych pokarmów, a głównie mięsa, tak, iż co dwie godziny późniéj chora otrzymuje wydatną ilość pożywienia. Tak P. jak kilku innych członków *British med. Association* wyleczyli w ten sposób w kilku tygodniach w zupełności kilka przypadków macinnictwa długoletniego. Jeżeli możebna, odpowiedniém jest następowe odbycie podróży morskiéj. Wybór posługaczki dla choréj należy uskutecznić nader troskliwie. *Kohn.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

I Posiedzenie zwyczajne Tow. lek. krak. z dnia 17go stycznia 1883 r.

Przewodniczący Doc. Dr. Obaliński. Członków obecnych 28.

Jako gość Dr. Longchamps ze Lwowa.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i bez zmian przyjęto.

2) Kol. Dr. Wiszniewski okazał zaśniad groniasty (*Mola hydatidosa*), który miał sposobność wyjąć u choréj w Podgórzu. Przypadek ten dotyczył mężatki dwudziestokilkoletniéj, która w przeciągu lat 3ch przebyła dwa prawidłowe porody. Po raz trzeci zastąpiła we wrześniu r. z. i to wkrótce po przebyciu duru. Pierwsze 2 miesiące ciąży przeszły bez przeszkody, ciężarna uważała tylko, że żywot jéj więcéj cięży niż w poprzednich ciążach; dopiero w 3cim miesiącu dostała krwawienia z pochwy, które mimo najodpowiedniejszego zachowywania się

od czasu do czasu z większém lub mniejszém powtarzało się nasileniem. W dniu 23 grudnia pojawiły się o 4éj zrana bóle porodowe, a w 5 godzin później zaśniad odszedł wśród znaczniejszego krwotoku. Zawezwany prelegent znalazł zaśniad na miednicy, a chorą w wysokim stopniu niedokrewną, z tętnem słabém, zaledwie namacalném. Macica sięgała blisko po pępek, była ciastowato miękką; pod chorą kałuża krwi. Prelegent znalazł przy badaniu wewnętrzném masę miękką, strzępiastą, przez szeroko otwartą szyję macicy do pochwy występującą i z wewnętrzną ścianą macicy spojoną. Uważając takową za resztę zaśniadu, przystąpił natychmiast do odklejenia, co nie było łatwém, gdyż zaśniad był silnie wrośnięty w miąższ macicy. Po podaniu wyciągu sporyszowego macica skurczyła się i krwotok ustąpił. Pacyjentkę mdlejącą ocucono, obecnie przyszła ona do dawnych sił. Zaśniad, który prelegent okazuje, składa się przeważnie z grubéj, bo kilka cm. wynoszącéj warstwy rozrosłéj tkanki łącznéj, wśród któréj i na któréj umieszczonych jest tysiące gronek mniejszych i drobniutkich jak główka od szpilki, prócz tego znajduje się również bardzo wiele wielkich gron podłużnych. Płodu w jamie jaja wcale nie było. W dyskusyi nad tym przedmiotem prof. Madurowicz dodaje, że zbita ta tkanina jest rzeczywiście tkanką łączną, a nie stwardniałym skrzepem krwi, gdyż okaz był zaraz dokładnie oczyszczony. Z powodu jednak rozczynu chlorku zynku, w którym okaz był przechowany, takowy stwardniał i na swym chrakterze, pod względem makroskopijnym, stracił.

3) Kol. Dr. Schramm opisuje rękoczyn wyłuszczenia wola mięsakowatego wykonany przez prof. Mikulicza u dziewczyny przedstawionéj na poprzedniém posiedzeniu.

4) Tenże mówi o przypadku z kliniki prof. Mikulicza, polegającym na wycięciu guza zapołykowego przez jamę ust. W dyskusyi nad obydwoma temi przypadkami. które w Przeglądzie Lekarskim drukiem ogłoszone zostaną, przemawiał kol. Doc. Obaliński.

5) Kol. Przewodniczący zdaje sprawę z dwóch obserwowanych przez siebie przypadków: *Oedema acutum septopurulentum Pirogowii.* Co się tyczy patogenezy téj choroby, to twierdzi Tillmans, iż należy ją zaliczyć do róży a twierdzenie swoje opiera na zasadzie, iż powstaje ona tak jak róża, w skutek dostawania się zarodków swoistych drogą sztuczną. Przeciwnicy téj zasady chcieli zaś dowieść, iż w *phlegmone septica* nie ma właśnie téj furtki, przez którą owe zarodki do organizmu dostaćby się mogły. Dopiero Kocher i Lücke zauważyli, iż tak ta choroba jak i inne podobne występują często u osób cierpiących na nieżyt żołądka, i utrzymują, że tą drogą owe drobne składniki wejść mogą. Przypadki, które prelegent obserwował, przemawiają za zdaniem tych autorów. Pierwszy z nich tyczył się młodego człowieka, którego już prawie konającego do szpitala św. Łazarza przywieziono. Naciek zajmował prawą stronę twarzy, począwszy od kości jarzmowéj i rozprzestrzeniał się ku dołowi przez prawą połowę szyi, aż do stawu barkowego. Chory silnie majaczył i na 3ci dzień umarł. Sekcyja wykazała naciek jednostajny, częścią obrzęklinowy, częścią ropny. W mózgu było kilka ropni. Błona śluzowa żołądka była nieżytowo zajęta, pofałdowana i przedstawiała obraz *état mamelonné.* Drugi przypadek tyczył się kobiety, która przez kilka tygodni cierpiała na lekkie zapalenie błonicowe obydwóch migdałków. W dyskusyi nad tym przedmiotem zabiera głos prof. Rosner i sądzi, iż nie można téj choroby identyfikować z różą. Już Billroth wystąpił przeciw teoryi, jakoby zarodki tylko przez ranę do organizmu dostać się mogły, znane są bowiem przypadki, iż róża powstaje bez żadnéj przyczyny. Widział także ową *Phlegmone* powstającą na nosie, ale przypadki te można było posądzić o *carbunculosis.* Przemawiali jeszcze prof. Browicz i Dr. Warschauer. Na tém posiedzenie zakończono.

Dr. Henryk Mendelsburg, sekretarz.

VII. Higijena noworodków i kobiet ciężarnych w Turcyi.

Podał Dr. W. Jabłonowski
w Sułtan - Czair w Małéj Azyi.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 13).

Lecz cóż powiedzieć o wyższych klasach społeczeństwa wschodniego, uposażonych wszystkiemi darami fortuny, pośród których przestrzeganie zasad higijeny pozostaje w najopłakańszym stanie. Rzuciwszy bowiem okiem na tyle i tak słusznie ocenioną panoramę miast wschodnich, spostrzegamy w niéj na tle uroczych ogrodów wznoszące się wspaniałe pałace lub tchnące swą pozorną czystością „Jali" magnatów i wygodnisiów tureckich, które nie szczędzono wysłać cennym i rzadkim marmurem. Zdawałoby się, że w tych powabnych ustroniach, przy dostatecznym zasobie wody i liczbie sług, wszystko tchnąć powinno wzorową czystością i porządkiem. Jednak spotykamy się tu tylko z przesadą i niedbalstwem. Że zaś każda rzecz przesadna, przechodząca granicę korzyści, staje się zwykle szkodliwą, ztąd téż i przesada w nieodpowiedniém zastosowaniu starań, panująca pośród bogatych rodzin wschodnich, naprzód zwykła oddziaływać na zdrowie dzieci, nużąc je, czyniąc wątłemi, słabowitemi, wywołując powikłania ustrojowe i do najpóźniejszych lat życia uspasabiając je do najrozmaitszych cierpień. Przez tę zbyteczną pieczołowitość rodziny zamożne korzystając ze swych zasobów usiłują zapewnić dobrobyt swych dzieci. A jednak pomimo całéj ich dobréj woli, nieznajomość czy téż niechęć obserwowania zasad higijeny, doprowadza je zwykle do zupełnie przeciwnych rezultatów. Ileż to razy słyszymy tu narzekania rodziców opłakujących stan chorobowy swych dzieci, dla których dobrobytu niczego nie szczędzono, i dziwiących się, że dzieci wieśniaków, pomimo wszelkich niedostatków, cieszą się najlepszém zdrowiem. Narzekanie jednak nie prowadzi do zastosowania dobréj i nieprzesadnéj higijeny, a tylko usposabia do przypisania niepowodzenia złośliwości losu lub grzechom popełnionym przez matkę w ciągu ciąży.

W domach takich zamożnych rodzin wcześnie już widzimy wielkie przygotowania w ostatniéj epoce ciąży, w celu wspaniałego powitania mającego przyjść na świat gościa. Przyjaciele rodziny i sąsiedzi z bliska i zdala przybywają naumyślnie, aby podziwiać drobną bieliznę dziecięcia, zdobną w najpiękniejsze koronki i wstążki, a uszytą ręką jakiejś starannéj i upadającéj od znużenia robotnicy. Zwiedzić więc pokój sypialny, opatrzyć kolebkę i całą ilość drobnych niezbędnych drobiazgów, jestto koniecznem, jak twierdzi przesąd, do zapewnienia dobrobytu przyszłemu obywatelowi. Nie ujdzie téż naszéj uwagi i krzątanie się wcześnie przywołanéj akuszerki, nieprzestającéj biegać i wydawać rozkazy do trzymania wszystkiego w porządku, ponieważ jak zwykła twierdzić, porodu dziecka można się co chwila spodziewać. Podobne jednak przygotowania nie powinny nas dziwić, gdy wiemy, że akuszerka wschodnia nigdy nie jest zdolną oznaczyć epokę prawdopodobnego rozwiązania ciężarnéj. Tak więc uwzględniwszy starania i zabiegi czynione obok ciężarnéj, w ostatnich 24 godzinach jéj ciąży, cały dom przedstawia nam komiczną nieraz scenę.

Nie na tém jednak polega cały szereg następnych niedogodności i podobne przygotowania dokonane pierwéj czy później nie mają wielkiego znaczenia. Pospieszmy jednak przypatrzyć się samemu niemowlęciu, które od chwili przyjścia na świat od razu uledz musi przesądom i kaprysom osób otaczających, do tego stopnia przykrych i uciążliwych, że gdyby mała istota miała instynkt do ocenienia dobrego i złego, z pewnością przeniosłaby pozostanie w łonie matki. Od chwili więc przyjścia na świat noworodek ulega badaniu akuszerki, która z niecierpliwością tylko oczekiwała téj szczę-

śilwéj chwili, ażeby odciąć pępowinę, nałożyć opaskę podług sposobu swego, obłożyć jamę brzuszną dziecięcia rumiankiem i sadełkiem wydobytém z jagnięcia, ponieważ ma to zabezpieczać organa jamy brzusznéj od następnych za paleń i wreszcie tém wieńcząc swe dzieło, oddać niemowlę opiece rodziców. Ci ostatni ze swéj strony nie szczędzą największych zabiegów, aby otoczyć dziecko całą pieczołowitością. Kąpiąc je więc w wodzie ciepłéj z dodatkiem aromatów, a jak u Ormian i Turków w naparze z trocin drzewa sandałowego, okrywają pieluszkami dobrze ogrzanemi i w końcu uzupełniają toaletę z całym przepychem, na jaki pozwala ich zasobność. Wreszcie pysznie ubrana dziecina przenosi się do salonu, układa się na sofie i pozostawia niejako na podziw i admiracyję tych wszystkich, którzy zapragną zrobić znajomość z malutkim członkiem rodziny. Za zbyteczne uważam podawać tu szczegóły często bardzo dziwaczne, towarzyszące temu dniowi, ponieważ śmiesznemi tylko są odgrywające się tu sceny, o których tyle tylko powiem, że czy są zabawne i przesadne lub też nawet praktyczne, zawsze i bezwarunkowo okazują się szkodliwemi dla matki i dziecka.

Kwestyja jednak największéj doniosłości, od któréj w istocie zależy dobrobyt niemowlęcia, jest możność posiadania dobréj mamki. Najlepszy przykład do naśladowania w tym względzie znajdujemy pośród plemion dzikich i wreszcie w samém królestwie zwierząt. Jednakże na Wschodzie jakieś prawdziwie nieszczęśliwe fatum zwykło zrządzać, że odżywienie niemowląt odbywa się w warunkach najniedogodniejszych i to pośród klas wykształconych. Przyczyn nie mam potrzeby podawać. Znane są one powszechnie, a nie różnią się prawie niczém od tych, jakie napotykamy gdzieindziéj, tutaj opierają się jeszcze na złéj woli i chytrych wybiegach kobiet wschodnich. Że zaś tym ostatnim głównie zależy na uwolnieniu się od trudnych obowiązków karmienia, więc też w wyborze mamki nie zachowuje się tych kardynalnych przepisów, które są niezbędne do przekonania się o stanie zdrowia i jakości pokarmu mamki, zwykle przez akuszerkę poleconéj. Podobnie jak w innych krajach tak też i w Turcyi wsie i prowincyjonalne miasteczka dostarczają zwykle największéj liczby mamek. Są to młode kobiety, które korzystając z pierwszego porodu, pozostawiają własne dziecię w rękach krewnych, a same rzucają dom i spieszą do stolicy, aby tam w ciągu pewnego czasu módz złożyć sobie pewien kapitalik. Ku temu też są zwrócone wszystkie ich usiłowania, i to jest także powodem, że mamka wschodnia opłaca się bardzo drogo. Co zaś do warunków decydujących o wyborze mamki, to na pierwszym względzie ma się tutaj jéj młodość, piękność i niedawno odbyty poród. Głównie jednak wdzięki mamki przemawiać zwykły za jéj wartością, i w kwestyi téj zwykle decyzyja zależy od ojca rodziny. Z tegoto właśnie powodu kobiety z archipelagu greckiego, mianowicie z wyspy Tynos, są najbardziéj poszukiwane i cenione. Gdy zaś dziecko mające być oddane na wykarmienie jest płci żeńskiéj, wtedy zwykło się wymagać od mamki, ażeby wykazała, że jéj dziecko jest lub było chłopczykiem. Żądanie podobne podług miejscowych przesądów ma decydować o jakości mleka i wpływać stanowczo na pomyślny rozwój niemowlęcia. Wybrana i w ten sposób oceniona mamka od razu wchodzi w swe urzędowanie. Lekarza nie pytają o stan jéj zdrowia. Badanie wziernikiem to tylko kwestyja iluzyj Wszystko zaś, co należy do ocenienia mamki, sąto kilkadziesiąt kropli mleka, z których decyduje się tak o jakości pokarmu, jak również i o zdrowiu mamki, jeżeli nie chcemy być potępieni jako grzeszący przeciwko istniejącym zwyczajom.

Nie podobna mi pominąć milczeniem rodzaju życia, podobnie szczęśliwéj mamki, świeżo przybyłéj z prowincyi i instalowanéj w domu jednéj z zamożnych rodzin. Należałoby przypuszczać, że tego rodzaju kobieta zaledwie wyszła z biednéj swej lepianki, dostawszy się do sfery, któréj język i zwyczaje są jéj zupełnie obce, powinna na początek przynajmniéj kontynuować właściwy sobie rodzaj życia. Dzieje się jednak zupełnie przeciwnie. Mamka bowiem spotyka się najprzód z trudnościami w zadowoleniu swych wymagań, będąc skazaną na zaniechanie nawyknień charakteryzujących pierwotne jéj życie. Postępowanie jéj z dzieckiem powinno się odbywać podług programu z góry zakreślonego. Karmić dziecko nie wolno jak tylko w pewnych godzinach. Kąpać je należy podług pewnych uświęconych zwyczajami zasad, i w kąpieli pozwolić dziecku zanurzać się dowolnie w wodzie, podtrzymując ręką szyję tylko i tylną część głowy. Łatwo przewidzieć wynikające ztąd niedogodności. Dziecko powierzone mamce, zmuszone do pozostawania w domu, uwalnia matkę od ciągłego nad niém czuwania. I wtedy więc gdy dama spieszy odetchnąć świeżém powietrzem w ogrodach, złagodzić drażliwość nerwową miłą wycieczką po Bosforze, pozostawiona w domu mamka nie zwykła stosować się do danych sobie wskazań. Grymaszące dziecko łatwo się uspakaja, bo przecież przebiegłość wschodnia daje tyle sposobów do chwilowego choćby zmniejszenia trudnych i nużących obowiązków. Wszak ulica tyle przedstawia uroku. Spojrzeć więc po niéj, przypatrzyć się ruchowi, wejść nawet w stosunki z jakimś „polikarpą“ świątecznie przybranym, to przecież nie jest występkiem. Dziecko więc uśpione kilkoma roztartemi ziarnkami maku, układa się zwykle w framudze okna i wtedy to gorliwa mamka korzysta z chwili swobody, i biegnie oddać się pożądanéj sobie rozrywce. Z powrotem rodziców scena się zmienia. O naznaczonéj godzinie czy dziecko śpi czy się bawi, potrzeba je nakarmić. Dziecko więc ssie, lecz przyjęty pokarm najczęściéj źle bardzo trawi. Ztąd rozdrażnienie, bezsenność, a nierzadko i powikłania w narządzie trawienia, jak wiemy, bardzo uciążliwe w wieku dziecięcym. Uwzględniając więc to wszystko, byłoby daleko korzystniejszém, gdyby tutejsi rodzice nie zmuszali mamki do zmiany trybu życia i nie obciążali systemami, najczęściéj szkodliwemi dla zdrowia dziecka. A choćby w podobnych razach i nie dostrzegli żadnych cudów w postępowaniu mamki, to jednak nie mieliby tak często okazyi spotkać się z czynami złośliwości kobiety, która, nierozumiejąc dawanych sobie lekcyj, postępuje wbrew tak własnym zasadom, jak również i narzuconym sobie wskazaniom. W tym względzie postępowanie Turczynek jest daleko praktyczniejsze. W ich rodzinach mamki cieszą się zupełném zaufaniem. I nie będąc zmuszone do zachowywania się podług pewnych konwencyjonalnych wzorów, czuwają pieczołowicie nad powierzoną sobie istotą i stając się niejako członkami rodzin, zasługują na wyłączną względność i poważanie. Ztąd więc i dzieci w rodzinach tureckich, nie podległe formalnościom, wyglądają czerstwiéj i hodują się lepiéj. (Dok. nast.)

VIII. Wiadomosci statystyczne i ogólno-lekarskie.

□ Otczot Medicinskawo Departamenta ministierstwa wnutrennich dieł za 1879 i 1880 g. (c.d)

W dalszym ciągu wywodów zmierzających do wykazania zwyrodnienia rasy wielkorosyjskiéj Dr. Herzenstein twierdzi, że między przyczynami tego fizycznego upadku należy postawić na pierwszém miejscu nowoczesny ustrój wojskowy. Powszechna służba wojskowa powołuje pod sztandary najsilniejsze, najlepiéj rozwinięte indywidua, w wieku największéj siły reprodukcyjnéj. Na ludziach chorowitych, słabéj budowy, lub starszych wiekiem spoczywa obowiązek przedłużenia rasy, a jakie ziarno taki plon. Rozpatrując się w liczbach odnoszących się do popisowych, Dr. Herzenstein znajduje w nich potwierdzenie swego twierdzenia o fizyczném zwyrodnieniu rasy rosyjskiéj: w ciągu sześciu lat (od 1855 do 1859 włącznie) narodziło się chłopców 7,542.106, z tych dosięgło 20 roku życia 3,570.451 (47,3%); z téj ostatniéj liczby poddano rewizyi lekarskiéj 1,353.496 i znaleziono niedołęgów 275.745 (20.4). Ponieważ pobór wojskowy odbywa się obecnie nie z wyboru, lecz po kolei, liczby przytoczone i wyciągnięte z nich wyniki sprawiedliwie H. stósuje do stanu rzeczy całego narodu rosyjskiego, wnioskując z części o całości. Z ogólnéj więc liczby rodzących się dosięga w Rosyi 20 roku życia tylko 47,3%, a z tych zachowuje zdrowie 57,7%. Dr. Herzenstein uważa jednak te liczby, jako nadzwyczaj optymistyczne, a to z powodu, że nigdzie nie istnieją tak skromne wymagania sanitarne od popisowych, jak w Rosyi, na potwierdzenie czego przytacza cały szereg liczb zaczerpniętych z aktów komisyj rekruckich.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 18—24 marca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: 36,9. Z ospy umarło 2 (1 z. t.); z odry 2 (0 z. t.); z płonicy 0 (1 z. t.); z błonicy 2 (2 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.); z róży 2 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadku odry, 2 płonicy, 1 duru brzusznego, 1 duru osutkowego. W tygodniu od 11 do 17 marca ospa w Londynie utrzymywała się w jednakowym stopniu. Świeżo zapadło 14, umarło 1, leczyło się w szpitalach 100. W Warszawie i Maladze umarło po 4, w Walencyi 5, w Roterdamie i Filadelfii po 6, w Aleksandryi 8, w Paryżu i Petersburgu po 13. Odra bardzo się rozszerzyła w Londynie, Glasgowie, Stokholmie, błonica w Budapeszcie. Amsterdamie i Warszawie. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu i Walencyi po 4. W Rio de Janeiro umarło od 1—15 marca 10 z febry żółtéj a 38 z ospy. W Moskwie doniesiono od 3—10 marca o 686 przypadkach chorób zakaźnych: o 142 przypadkach tyfusu powrotnego, 129 duru plamistego, 108 gorączki tyfusowéj, 114 odry, 28 róży, 33 płonicy, 11 ospy.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 11—17 marca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 40,0; w Warszawie 29,4; w Poznaniu 28,2; w Wiedniu 33,0; w Budapeszcie 31,1; w Pradze 40,6; w Tryjeście 37,0; w Berlinie 25,0; w Wrocławiu 28,0; w Gdańsku 27,3; w Kolonii 29,4; w Mnichowie 32,1; w Dreźnie 26,7; w Lipsku 26,6; w Bazylei 29,4; w Brukseli 30,0; w Amsterdamie 27,3; w Hadze 15,9; w Paryżu 28,1; w Londynie 24,5; w Kopenhadze 27,0; w Stokholmie 27.5; w Chrystyjanii 19,2; w Petersburgu 42,2; w Rzymie 30,9; w Wenecyi 30,6; w Bukareszcie 39,0; w Madrycie 53,1; w Lizbonie 30,0; w Aleksandryi 41,5; w Nowym Yorku 29,2; w Filadelfii 21,7; w Rio de Janeiro 52,5; w Madrasie 39,9; w Bombayu 34,9. *J. B.*

IX. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 5 kwietnia. Przy ostatnich wyborach, w gronie nowéj Rady miejskiéj lwowskiéj uskutecznionych, kolega nasz prof. położnictwa, Dr. Adam Czyżewicz, wybrany został imponującą większością głosów wiceprezydentem. Wybór ten jest zaszczytnym nietylko dla wybranego, ale i dla całego stanu lekarskiego. W czasach, gdy zawód nasz już to skutkiem zwiększającéj się konkurencyi, już téż to po części przez winę własną lekarzy, nie zawsze cieszy się uznaniem, odznaczenie kolegi napawa nas dumą i radością. W danym razie wybór prof. Czyżewicza ma tém większą doniosłość, o ile nań złożyły się głosy radców inteligentnych i trzeźwo myślących. Nie zawiedzie téż oczekiwania ich nowowybrany wiceprezydent; znamy kol. Czyżewicza od lat studenckich i wiemy, że przy małych środkach materyjalnych pomimo pewnych przeciwieństw własną pracą doszedł do wiedzy, wzięcia i fortuny; już wśród kolegów zasłynął energiją, wymową, a pomimo pewnéj szorstkości był lubiany powszechnie dla swéj prawości. Dostąpiwszy wysokiéj godności obywatelskiéj w sile wieku rozwinie on na tém stanowisku zbawienną dla stołecznego miasta czynność; nie wątpimy o tém ani na chwilę, sądząc po jego przeszłości.

* Sprawa Tisza-Eszlarska *rediviva*. Czytelnikom Przeglądu Lek. wiadomo, że zawiła, a raczéj zagmatwana ta sprawa po zbadaniu rzeczy przez trzech profesorów peszteńskich i wydaniu przez nich wyczerpującego i umiejętnie uzasadnionego orzeczenia poddaną została przez Sąd w Nyiregyhaza pod ocenę Rady sanitarnéj węgierskiéj. Korporacyja ta lekarska temi dniami orzekła o téj sprawie w sposób tak ciekawy, że Sąd nie może obwinionych ani skazać, ani uznać niewinnymi. Rada sanitarna bowiem oświadcza, że kobieta wydobyta z Cisy najprawdopodobniéj liczyła lat 16—18, że jednak jest możebném, że była o 1—2 lat młodszą lub starszą: że wynik sekcyi nie dowodzi śmierci jéj z niedokrewności, ale nie dowodzi także śmierci z utonięcia; że czas śmierci jéj oznaczyć się nie daje; że nie jest prawdopodobném, aby trup leżał przez dni 14 lub dłużéj w wodzie; że sekcyja nie dowodzi, jakoby osoba ta spółkowała płciowo; że wypadnięcia włosów nie można stanowczo wykluczyć. ale jest rzeczą prawdopodobniejszą, że włosy zostały wygolone; że braku paznokci przed sekcyją wykluczyć nie można; wreszcie że nie można wykluczyć stanowczo, że denatka chodziła boso, ale że jest prawdopodobniejszém, że boso chodziła. Widoczna, że Rada sanitarna usiłowała trzymać środek pomiędzy Scyllą a Charybdą, że jednak środka utrzymać nie mogła lub nie chciała i zbliżyła się znacznie do orzeczenia pierwszych t. zw. znawców, a tém samém oddaliła się również znacznie od orzeczenia trzech profesorów peszteńskich. Orzeczenie to najwyższéj Władzy sanitarnéj wprawia w kłopot czasopisma fachowe węgierskie, a *Orvosi Hetilap*, którego redaktor jest członkiem Rady, snać zawstydzony tém orzeczeniem, podnosi głównie stronę formalną postępowania, twierdząc, że „Rada sanitarna w kwestyjach sądowolekarskich nie jest instancyją wyższą i nie jest powołaną do oceniania orzeczeń Uniwersytetu, że te dwie korporacyje są współrzędne sobie a nie podrzędne jedna drugiéj“ Myli się *Orvosi Hetilap* w téj mierze: pod względem formalnym postępowanie Sądu było zupełnie słusznem. Po pierwszych t. zw. znawcach. Sąd powołał trzech innych znawców, a gdy orzeczenia pierwszych i drugich znawców były sprzecznemi, zażądał orzeczenia od Rady sanitarnéj. Pod tym względem zachodzi wprawdzie różnica w postępowaniu z téj i tamtéj strony Litawy. W Austryi w takich razach Sądy obowiązane są żądać orzeczenia od jednego z Wydziałów lekarskich; we Węgrzech snać wolno im udać się po orzeczenie albo do jednego z Wydziałów lek. albo téż do Rady sanitarnéj; Węgrzy lubią naśladować Niemców, gdzie obecnie nie Wydziały lek. lecz kolegija lek. prowincyjonalne orzekają o kwestyjach sądowolekarskich. Zapomniano tylko we Węgrzech o jednéj bardzo ważnéj okoliczności. Jeżeli Rada sanitarna ma być powołaną do orzekania o sprawach tak ważnych, należało postarać się o odpowiedni skład Rady. W Niemczech w skład kolegijów lek. wchodzą najdoświadczeńsi profesorowie Uniwersytetu, fizycy, chemicy itd.; we Węgrzech należą do Rady sanitarnéj wprawdzie homojopaci ale nie należą proff. anatomii, medycyny sądowéj itd. W danym przypadku taka Rada powolaną była do rozstrzygnięcia sporu pomiędzy lekarzem powiatowym i dentystą z jednéj, a trzema profesorami i to proff. anatomii opisowéj, patologicznéj i medycyny sądowéj z drugiéj strony; formalnie więc nie zasiadała Rada do sądu nad Wydziałem lek. jako takim, ale w istocie miała do ocenienia zdanie trzech w podobnéj sprawie najkompetentniejszych członków Wydziału i po dwugodzinnéj naradzie rozstrzygnęła rzecz na niekorzyść tych trzech profesorów. Jeżeli sobie przypomnimy, że ostatni pracowali nad sprawą przez kilka tygodni i radzili się nawet specyjalistów pozakrajowych i że orzeczenie ich pod względem umiejętnym było wzorowém, — litować się tylko można nad krajem, w którym praca trzech kompetentnych uczonych takiego doznać mogła losu. Smutna to znów ilustracyja stosunków sądownictwa węgierskiego w chwili, gdy najwyższy sędzia kraju we własném pomieszkaniu tak okropną zginął śmiercią!

* Dr. Zygmunt Kniaziołucki, wychowaniec uniwer-

sytetu Jagiellońskiego, został mianowany sekundaryjuszem szpitala św. Anny dla chorób dziecięcych we Wiedniu.

* Doszedł nas „Przewodnik dla chorych udających się do Krynicy,“ wydany przez Dra Bol. Skórczewskiego (Kraków 1883, in 12 str. 96 z 3 mapami). Format nader odpowiedni i obfitość treści wyróżniają książkę tę korzystnie pośród innych podobnych; nadto znajdujemy w niéj spostrzeżenia metereologiczne, oraz cenne uwagi nad zdrojami lekarskiemi krynickiemi, działaniem i użyciem kąpieli tamecznych i zachowaniem się chorych. Tym sposobem przewodnik w mowie będący odda rzetelne usługi gościom do Krynicy wybierającym się.

* Dr. Michał Kaufmann, krakowianin i wychowaniec Uniw. Jagiell., b. sekundaryjusz szpitala izraelickiego w Krakowie, a następnie przez szereg lat lekarz zakładu w Jaworzu, który to zakład znacznie podniósł, udaje się obecnie do Maryjenbadu, gdzie ordynować będzie w sezonie nadchodzącym jako lekarz zdrojowy w Villi Mozarta (ul. Nebra).

* **Wiedeń.** Na ostatniém posiedzeniu Tow. lek. prof. Stricker doniósł, że Dr. Borysikiewicz miał sposobność badania ócz tygrysicy ze zwierzyńca w Schönbrunnie, która aż pod koniec życia widziała, i że w siatkówce jéj nie znalazł warstwy pręcików; istniała tylko szeroka warstwa ziarnista. Tak samo miała się rzecz u pantery, pochodzącéj z menażeryi Kleeberga, którą badał B.; podczas gdy u lwa srebrzystego znalazł piękną warstwę pręcików; istnieje ona także w siatkówce kota domowego. Wynik tego badania zdaje się przemawiać przeciw teoryi Müllera, powszechnie dotychczas uznanéj, według któréj warstwa pręcików jest przyrządem, w którym poczuwanie światła ma miejsce.

☐ W Zagrzebiu wyszedł pierwszy zeszyt lekarskiego słownika „Ljekarski rječnik opracowany przez Dra Milana Nemečiče“. Časopis lék. č. czyni uwagę, że słownik ten odznacza się dokładnem wyrazownictwem, objętością równa się słownikowi wydanemu w Krakowie (1882 r.); całe dzieło drogą przedpłaty kosztuje 6 złr.

☐ *Royal irish academy* zamianowała swym członkiem honorowym, na opróżnione po Darwinie miejsce, profesora Charcota.

* W Norwegii w miejscu nad morzem położoném a od stolicy kraju koleją na 2 godziny odległém urządzono zakład leczniczy „Heimdal“ dla zamożniejszych ludzi, wyskoku nadużywających. Chorzy poddają się tamże leczeniu przez rok cały, a obowiązują się w miarę potrzeby pozostać w zakładzie nawet 1½ roku bez przerwy. Na czele zakładu stoi lekarz, a komitet, w skład którego wchodzi 2 profesorów medycyny z Chrystyjanii, zajmuje się kontrolą.

☐ Dr. Scheube przekonał się, że w japońskiém dziele lekarskiém, wydanem około 808 r. przed Chrystusem, jest mowa o kile; mówi się w niém o dymienicy, wrzodzie, obrzęku napletka, wrzodzie fagadenicznym, osutce, cierpieniach kości, stawów, wrzodach połyku i t. d. Przyczém autorowie: A-be-Manao i Jdzu-mo Hiro-Sada wypowiadają zupełne rozumienie związku przytoczonych objawów chorobowych.

☐ Dla uczestników tegorocznego Zjazdu lekarzy, mającego odbyć się w Odesie, komitet gospodarczy wyjednał następujące zniżki kosztów podróży: trzy koleje ofiarują przejazd bezpłatnie; 13 zniżają cenę biletu o 50%; 8 o 30%; 4 o 25%, a wreszcie 2 wydadzą bilety wyższéj klasy po cenie biletów klasy niższéj. Wydatki Zjazdu obliczono na 7550 rsr. z tych 1900 rsr. na mieszkania, 3300 na dziennik Zjazdu i 1000 na wydatki 7-dniowéj wycieczki do Krymu. (*Wracz* Nr. 10).

☐ Dr. Cheize doradza w braku przyrządu Richardsona używać dla miejscowego znieczulenia waty namoczonéj w lotniku, którą należy położyć na miejsce mające być znieczulonêm i dmuchać na nią zwykłą dmuchawką. (*Lyon med.*).

* **Wiadomości uniwersyteckie. Würzburg.** Prof. Maas razem z profesurą otrzymał nominacyję na radcę dworu, starszego chirurga w szpitalu Julijusza i członka komitetu lekarskiego. — **Monachijum.** Jako docenci prywatni habilitowali się Drowie Rübner (fizyjologija), Hösslin (anatomija patolog.) i Stinzing (med. wewn.) — **Gietynga.** Radca dworu prof. Hasse obchodził d. 19 marca 50-letni jubileusz doktorski. — **Czerniowce.** Docent prywatny medycyny sądowéj i radca sanitarny Dr. Bazyli Wolan otrzymał tytuł prof. nadzw.

Piśmiennictwo lekarskie. Wskazówki leczenia domowego dla użytku dworów, gmin, księży, nauczycieli, nadzorców warsztatowych, zawiadowców stacyj dróg żelaznych, felczerów i t. p. przez Dra J. Polaka z 50 fig. w tekscie. Warszawa 1883.

„Podręczniki lekarskie dla nielekarzy są plagą społeczeństwa“ napisał w jednym z pism swoich znakomity klinicysta śp. Niemeyer. Aczkolwiek na to zdanie w ogólności zgodzić się wypada, to przecież przyznać trzeba, że niektóre książki dla nielekarzy niezaprzeczenie stanowią wyjątek od tego potępiającego wyroku. Są bowiem książki tego rodzaju, które nietylko, że nie przynoszą szkody społeczeństwu, ale owszem nieraz wielkie oddają usługi. Wskazują na razie, co czynić, zanim lekarz przybędzie. W miastach, gdzie łatwo o pomoc lekarską, nie mają one tego znaczenia co po wsiach, gdzie po lekarza nieraz daleko posyłać trzeba; tam przynajmniéj do pewnego stopnia uspokajająco wpływa, gdy otoczenie chorego wie, co na razie czynić wypada. Książki takie mają jeszcze i tę zaletę, że przyczyniają się do wykorzenienia przesądów i uprzedzeń; przygotowują one nieraz niejako grunt dla lekarza, który nie potrzebuje tak szczegółowo określać swych zleceń, gdy otoczenie chorego posiada wiadomości odnoszące się do sposobu zachowania się koło chorych. Nie rzadko też zdarza się, iż zarządzenia lekarza natrafiają na pewnego rodzaju opór ze strony otaczających chorego, którym się wydają albo przesadnemi albo dziwnemi, niestosownemi, nieodpowiedniemi. Książki obznajmiające nielekarzy z wiadomościami z zakresu medycyny i higijeny przyczyniają się w ogóle do zmniejszenia podobnego oporu. Aby jednak książki lekarskie dla nielekarzy wyż wzmiankowane korzyści przynosiły, muszą być odpowiednio napisane. Do niewielkiéj liczby takich książek zupełnie wymaganiom odpowiadających należy książka, któréj tytuł na początku przywiedliśmy.

Autor skreśliwszy warunki leczniczo-sanitarne wsi w Polsce podaje uwagi odnoszące się do pielęgnowania chorych, a następnie sposoby udzielania pomocy w nagłych przypadkach. W dalszych rozdziałach omawia, co czynić przed przybyciem lekarza w chorobach wewnętrznych, tak ostrych jak i długotrwałych, a w końcu i zewnętrznych. Kończy całe dziełko rozdział o technice pielęgnowania chorych.

Tekst objaśnia 50 figur bardzo odpowiednio dobranych i wielce zrozumienie ułatwiających.

W ogólności wywiązał się autor z nader trudnego zadania napisania praktycznego podręcznika lekarskiego dla nielekarzy bardzo dobrze; nie ma w dziełku nic zbytecznego, nic takiego, z czegoby przy nieoględném stosowaniu szkoda wyniknąć mogła, a nielekarze znajdą w nim wiele wiadomości dla siebie pożądanych, każdy bowiem zwłaszcza po wsiach, (a dziełko to właśnie w piérwszym rzędzie potrzeby mieszkańców wsi na oku), znaleść się może w potrzebie udzielania pomocy.

Prócz odpowiednio dobranego przedmiotu dziełko to odznacza się jasnością i zwięzłością przedstawienia a także i przystępną cenę (60 kop.). Lekarze więc po wsiach praktykujący winni starać się o rozpowszechnienie tego dziełka, w wielu bowiem razach ułatwi im ono zadanie. *Dr. Grabowski.*

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 13: Dobrzyckiego: Sprawozdanie z działalności lecznicy dla chorych piersiowych w Mieni. (c. d.). W *Gazecie Lek.* Nr. 13: Jakowskiego: Mięsak limfatyczny gruczołów oskrzelowych; Sokołowskiego: Przyczynek do kazuistyki i leczenia przewlekłego wiądu rdzenia kręgowego (c. d.) Pacanowskiego: Kilka uwag nad przebiegiem tyfusu brzusznego i wysypkowego (c. d.)

Redakcyja otrzymała:

Dr. Bol. WICHERKIEWICZ: Zur Iridectomientechnik. (Osobne odbicie z *Centralblatt f. pract. Augenheilk. 1883, Febr. März)* in 8vo str. 3.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. odbędzie we Środę d. 11 kwietnia o godzinie 5éj po poł. w sali Akademii Umiejętności posiedzenie, na którém po załatwieniu spraw pomniejszych kol. Skórczewski przedstawi swą pracę: O stosunkach klimatycznych Krynicy.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe. w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 14 kwietnia 1883. **№ 15.** Rok XXII

I. Z kliniki chirurgicznéj prof. Dra Mikulicza w Krakowie.

Przyczynki do Chirurgii.

VIII.

Trzy przypadki wycięcia macicy przez pochwę. Wyleczenie.

Napisał Dr. H. Schramm,
asystent kliniki chirurgicznéj.

W ostatnim lat dziesiątku, gdy z rozpowszechnieniem i wydoskonaleniem przeciwgnilnego ran leczenia przekonano się, że nawet bardzo znaczne rany uważane dawniéj za bezwarunkowo śmiertelne mogą się zgoić bez wywołania groźnych zaburzeń w ustroju, wprowadzono do chirurgii wiele nowych operacyj dawniéj całkiem nieznanych lub wykonywanych tylko bardzo wyjątkowo. Pewna część tych nowych operacyj, zwłaszcza operacyje w jamie brzusznéj, zyskały już sobie prawo obywatelstwa w chirurgii, inne jako nieodpowiadające swemu celowi porzucono, co do innych wreszcie zdania chirurgów jeszcze się z sobą nie zgadzają. Do téj ostatniéj kategoryi należy wycięcie rakowato zwyrodniałéj macicy. Operacyja ta jedna sobie wprawdzie coraz więcéj zwolenników, ale ostatecznie o jéj wartości rozstrzygnąć może tylko statystyka oparta na licznych i rozmaitych przypadkach, gdyż tylko na téj podstawie będzie można orzec stanowczo, czy operacyja ta w ogóle jest usprawiedliwioną i w jakich przypadkach wykonanie jéj jest wskazane.

Z tych więc powodów podaję nieco obszerniéj historyję trzech chorych, u których prof. Mikulicz wykonał wycięcie rakowatéj macicy przez pochwę.

I. Maryjanna B., lat 47 licząca, wieśniaczka, nie przebywała żadnych ważniejszych chorób; pierwsza miesiączka wystąpiła w 18 roku i odtąd bywała zawsze regularna. W 25 roku poszła za mąż i przebyła 5 prawidłowych porodów; dzieci wszystkie zdrowe. Z początkiem kwietnia r. 1882 zaczęła doznawać bólów w krzyżach, wkrótce potém pojawiły się cuchnące odchody z pochwy i dość częste krwotoki, które osłabiając chorą coraz bardziéj skłoniły ją do szukania pomocy w klinice prof. Madurowicza.

Stan jéj w dniu przyjęcia był następujący: kobieta nędznie zbudowana, odżywienie bardzo podupadłe, niedokrewność znacznego stopnia. W narządach wewnętrznych prócz rozedmy płuc miernego stopnia nie ma zmian żadnych. Badanie palcem przez pochwę wykazuje na części pochwowéj macicy owrzodzenie, które zniszczyło znaczną część warg macicy szczególnie przedniéj, rozszerzające się ku górze po za ujście wewnętrzne. Macica nie powiększona, mało ruchoma, parametria nie zajęte żadnym naciekiem. Gruczoły limfatyczne w pachwinach nie powiększone, nie można ich też wymacać przez bardzo wiotkie powłoki brzuszne; dość częste parcie na mocz, który zresztą jest prawidłowy; stolce regularne.

Rozpoznanie brzmiało: Rak części pochwowéj. W obec znacznego rozrostu nowotworu jedynym sposobem doszczętnego usunięcia choroby było wyjęcie macicy, oczywiście przez pochwę.

W celu usunięcia cuchnącéj wydzieliny rozpadającego się nowotworu przepłukiwano pochwę 3% rozczynem kwasu karbolowego i wprowadzono do pochwy paski gazy jodoformowéj, a gdy powierzchnia nowotworu po kilku dniach takiego postępowania zupełnie się oczyściła, przystąpił prof. Mikulicz do zamierzonéj operacyi w d. 9 grudnia 1882.

Poprzedniego dnia otrzymała chora kąpiel, środek przeczyszczający i enemę, rano przed operacyją przepłukano pochwę 3% karbolem. Po uśpieniu choréj ułożono ją jak do cięcia na kamień, ogolono włosy na częściach sromnych i wymyto całą okolicę podobnie i pochwę dokładnie 5% rozczynem karbolu. Następnie rozszerzono pochwę za pomocą szerokiego wziernika rynienkowatego i haków tępych, poczém ujęto część pochwową macicy poczwórnemi haczykami ostremi i pociągano ją ostrożnie ku dołowi, o ile to było

możebne w obec kruchości tkaniny, z któréj haki ciągle się wyrywały. Teraz okroił prof. Mikulicz błonę śluzową w sklepieniu pochwy cięciem kolistém, a po wyjęciu wziernika z pochwy oddzielił macicę *in situ* od otaczających tkanin, o ile się to dało zrobić palcami. Następnie wprowadzono wziernik powtórnie, ściągnięto macicę kleszczami Museuxa ku dołowi i przystąpiono do oddzielenia więzadła szerokiego prawego, chwytając je pasmami w kleszcze Péana i przecinając ujęte pasma między dwiema podwiązkami z grubego jedwabiu. Śród zakładania ostatniéj podwiązki *en masse* spostrzeżono, że w kleszcze ujęty został także moczowód, który téż natychmiast usunięto na bok. W ten sam sposób oddzielono więzadło szerokie lewe i otwarto jamę Douglasa. Mimo ostrożnego i starannego zakładania podwiązek, (których razem było 14) krwotok był dość silny i w celu powstrzymania go zatamponowano całą ranę paskami gazy jodoformowéj. Teraz przystąpiono do oddzielenia przedniéj ściany macicy, przyczém jednak rozdarła się tylna ściana pęcherza w miejscu, gdzie naciek nowotworowy sięgał prawie aż do błony śluzowéj pęcherza. O niemiłem tém powikłaniu przekonano się za pomocą cewnika leżącego w pęcherzu. Paskiem gazy jodoformowéj zatkano tymczasowo dziurę w pęcherzu, poczém ujęto trzon macicy w kleszcze Museuxa, ściągnięto go przez jamę Douglasa ku dołowi i przecinając ostatnie jéj przyczepienia między dwiema podwiązkami oddalono całą macicę. Teraz wydobyto tymczasowe tampony z gazy jodoformowéj, otwór w pęcherzu zamknięto szwem kuśnierskim z katgutu chromowego, poczém całą pochwę wypełniono szczelnie gazą jodoformową, obok któréj nitki podwiązek wyprowadzono na zewnątrz. Przez cały ciąg operacyi trwającéj blisko 2 godziny skrapiano pole operacyjne prawie bez przerwy 3% roztworem karbolu.

Chorą mocno zapadłą obłożono ciepłemi prześcieradłami i podawano jéj ciepłe wino i kawę czarną, a w celu zapobiegnięcia krwotokowi wywierano przez pół godziny mocny ucisk palcami na podbrzusze i szparę sromną, poczém założono opaskę uciskającą.

Wieczorem po operacyi stan choréj się poprawił, tętno 102, ciepłota 37. Cewnikiem Nélatona odprowadzono mocz z krwią zmięszany, zostawiono cewnik *à demeure* w celu ułatwienia zgojenia się rany w pęcherzu, do którego dla zapobiegnięcia rozkładaniu się moczu wprowadzono pręcik jodoformowy. 10/12 ciepłota 37·8, tętno 104. Wymiotów nie było, mierna bolesność za uciskiem na podbrzuszu. Mocz ciemno czerwony, kwaśny, odchodzi cewnikiem, wprowadzono znowu pręcik jodoformowy do pęcherza. 14/12 stan ogólny zupełnie pomyślny. Wyjęto kawałek gazy z pochwy wcale nie cuchnący. 16/12 usunięto wszystkie paski gazy jodoformowéj z pochwy, natomiast włożono dwa grube sączki, przez które przestrzykuje się pochwę 5% karbolem. Olejek rącznikowy, poczém dwa obfite stolce. 19/12 śród przestrzykiwania spostrzeżono, że mocz odchodzi przez pochwę, zatém rana w pęcherzu się rozeszła. 22/12 stan ogólny zupełnie pomyślny. Wydzielina z pochwy mierna, cokolwiek cuchnąca, oddalono część podwiązek, polecono przestrzykiwać pochwy 3 razy dnia roztworem octanu glinowego. 28/12 stan taki sam, jak poprzednio, wyjęto resztę podwiązek, polecono wstrzykiwanie do pochwy mięszaniny jodoformu z gliceryną 1:20. 14/1, 1883. Przy badaniu pochwy palcem i wziernikiem przekonano się, że rana po wyjęciu macicy prawie zupełnie zgojona, tylko w samym szczycie lejkowato zaciągniętego sklepienia pozostał pasek wielkości 2 centów pokryty żywemi czerwonemi brodawkami. Na 1½ cm. poniżéj znajduje się otwór prowadzący do pęcherza tak mały, że do niego można wsunąć ledwie koniec palca, brzegi tegoż otworu pokryte również ziarniną. Mimo kilkakrotnego przypiekania brodawek azotanem srebra i jodyną zabliźnienie nie nastąpiło; badanie wyskrobanych brodawek wykazało w nich czystą ziarninę bez śladu utkania rakowatego. Przetoka pęcherzowa zmniejszyła się cokolwiek, tak że operowana jest w stanie utrzymać cokolwiek moczu w pęcherzu.

W dniu 2 marca przyjęto chorą do kliniki chirurgicznéj w celu zamknięcia przetoki pęcherzo-pochwowéj. Stan jéj odżywienia obecnie znacznie lepszy niż przed operacyją. Badanie pochwy wykazuje w jéj szczycie miejsce brodawkujące wielkości centa przechodzące bezpośrednio w przetokę pęcherzową, któréj brzegi pokryte są wywiniętą i nieco obrzmiałą błoną śluzową pęcherza. W celu zmniejszenia przetoki polecono założyć cewnik na dni kilka, nadto wstrzykuje się do pochwy mieszaninę jodoformu z gliceryną.

Badanie dnia 28 marca 1883 wykazało, że miejsce brodawkujące na szczycie pochwy zupełnie się zabliźniło; przetoka pęcherzowa wielkości soczewicy, brzegi jéj pokryte wypuklającą się błoną śluzową pęcherza. Polecono jeszcze przez dni kilka przestrzykiwać pochwę gliceryną z jodoformem, poczém zamknięcie przetoki nie będzie sprawiać znaczniejszych trudności

II. Teresa K., lat 47 licząca, ze Lwowa, pochodzi z zdrowéj rodziny; nie przebyła żadnych ważniejszych chorób, dopiero przed 3 laty zaczęły jéj dokuczać bóle w okolicy lędźwiowéj, które jednak po kilku tygodniach trwania ustąpiły bez śladu. Pierwsza regularność wystąpiła w 13 roku życia i odtąd bywała zawsze prawidłowa. W 15 roku wyszła za mąż, odbyła 9 prawidłowych porodów i połogów, ostatni raz rodziła przed 15 laty; od tego czasu cierpi na białe upławy.

Obecna choroba rozpoczęła się, o ile chora podać umie, z początkiem maja zeszłego roku od kilkakrotnych dość obfitych krwotoków, które ją tak osłabiły, że dla wzmocnienia podupadłych sił wyjechała do Krynicy. Wezwany do porady lekarskiéj kolega Dr. Mars rozpoznał jako przyczynę krwotoków raka części pochwowéj i doradził pacyjentce operacyję, któréj się téż chora poddała po powrocie do Lwowa z dniem 20 sierpnia 1882 r. Po operacyi téj trwało polepszenie tylko kilka tygodni, poczém znów wystąpiły dość silne krwotoki połączone z bólami w krzyżach, powtarzające się co 3 lub 4 tygodnie i trwające po dni kilka. Z końcem września udała się chora do Wiednia w celu odwiedzenia syna, a gdy tutaj pojawił się znów silny krwotok połączony tym razem z gorączką, zasięgnęła K. rady w klinice prof. Dittla, gdzie radzono jéj powtórną operacyję, na którą się chora bez wahania zgodziła. Operacyję tę (prawdopodobnie odpalenie części pochowéj galwanokauterem) wykonano 1 listopada 1882 r. Tym razem polepszenie trwało jeszcze krócéj niż po pierwszéj operacyi. Krwotoki i bóle pojawiły się już we dwa tygodnie, a chora opuściła Wiedeń, aby szukać pomocy w klinice prof. Mikulicza.

Stan choréj w dniu przyjęcia do kliniki 29 listopada 1882 był następujący: kobieta dobrze zbudowana, mocno niedokrewna. W narządzie krążenia i oddechania nie ma zmian żadnych, tętno 90—100 na m., ciepłota 37·5—38°. Brzuch miernie wzdęty, okolica lewego jajnika przy ucisku bolesna, stolec regularny, mocz prawidłowy. Badanie przez

pochwę wykazuje zupełny brak części pochowéj macicy, na jéj miejscu w równéj wysokości z sklepieniem pochwy znajduje się wrzód wielkości talara o powierzchni brodawkowatéj, łatwo krwawiącéj; wrzód ten rozszerza się także na tyle sklepienie zajmując tu pasek na $1\frac{1}{2}$ cm. szeroki. Macica mało ruchoma, w parametriach nie można wykazać żadnego nacieku. Podmiotowo skarży się chora na ćmienie w oczach, ból w krzyżach i odnogach, zrywania i drgawki w rękach i t. p. dolegliwości.

Postanowiono odżywiać chorą przez pewien czas jak najlepiej w celu podniesienia ogólnego stanu, miejscowo przepłukiwać pochwę kwasem karbolowym i zakładać gazę jodoformową.

W dniu 6 grudnia powtórzono badanie wziernikiem pochwowym. Wyniki badania te same jak poprzednio, i tym razem nie można oznaczyć jak daleko sięga owrzodzenie w głąb macicy. Przy téj sposobności wyskrobano kawałek owrzodziałéj tkaniny a badanie drobnowidowe wykazało jak najwybitniejszą budowę rakową nowotworu. W obec tego postanowił prof. Mikulicz wydobyć przez pochwę całą macicę i do operacyi téj przystąpił d. 10 grudnia 1882 r.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Przyrosty tylne tęczówki w obec jaskry.

Napisał **Zygmunt Kramsztyk** w Warszawie.

W drugim tegorocznym numerze Gazety Lekarskiéj pomieściłem pod tym tytułem krótką wzmiankę, opartą na dwu spostrzeżeniach. Obecnie mając do zanotowania trzeci przypadek, do téj saméj kategoryi należący, chcę myśl swoją rozwinąć trochę obszerniéj.

Przed rokiem, czy dawniéj może, zgłosiła się do mnie chora, żądając rady dla oka lewego, którém od pewnego czasu widzi coraz gorzéj. Skoro przyjrzałem się oczom, dostrzegłem, że w prawém oku błona tęczowa przyrosła do soczewki prawie na całym obwodzie źrenicy, oko lewe, na które chora się uskarżała, na pierwszy rzut oka żadnych nie przedstawiało zboczeń. Przypuszczając omyłkę w opowiadaniu zwróciłem na to uwagę choréj, która wszakże pierwotne podanie swoje potwierdziła. Zaledwie mogła sobie przypomnieć, że przed wielu laty przechodziła zapalenie oka prawego i że zapalenie ustąpiło bez leczenia.

Przy dokładniejszém badaniu znalazłem w oku lewém daleko posuniętą jaskrę prostą, oko prawe, prócz tylnych przyrostów tęczy, było prawidłowe. Obrazy wziernikowe obu oczu były zupełnie różne; w oku lewém znaczne zagłębienie i zanik nerwu, w oku prawém nerw bez najmniejszych zmian chorobowych. Funkcyje oczu odpowiadały zupełnie tym obrazom: okiem prawém czytała chora ostatni wiersz tablicy Snellena w pożądanéj odległości, gdy oko lewe było prawie zupełnie ślepe.

Przypadek ten wydawał mi się bardzo niezwykłym, bo bardzo rzadko zdarzało mi się widzieć tak dawno trwającą, tak daleko posuniętą jaskrę w jedném oku, gdy drugie było zdrowe zupełnie. Mimowoli nasuwało się podejrzenie, że może przyrosty tęczówki ochroniły prawe oko od jaskry; fakt taki mógłby nawet wzmocnić pewne teoryje. Choréj już potém nie widziałem i dopiero dalsze spostrzeżenia przywiodły mi ten przypadek na pamięć.

Pani G. ma lat siedmdziesiąt i kilka. Od dawna cierpiała na silne bóle głowy, przyczém i wzrok często niedomagał; wszakże uważając te ostatnie objawy za podrzędne nie zasięgała w tym kierunku porady. Dopiero na początku 1881 r. zrobiona była sklerotomija w obu oczach, ale bez wyraźnéj korzyści. Wkrótce rozpoczęły się napady jaskry, które się nadzwyczaj często powtarzały, bo codziennie albo parę razy na dzień; chora wtedy widziała gęstą mgłę przed oczyma. Był to wreszcie objaw przeważnie subjektywnéj natury, bo nawet w czasie napadu chora wcale dobrze zdaleka czytała. Często gałki bywały twarde, źrenice rozszerzone. Nerwy wzrokowe prawie zawsze czysto występowały w obrazie wziernikowym, były one znacznie zagłębione i białe. Istotny postęp choroby polegał na stopniowém zwężaniu się pola widzenia. Pole oka prawego było nieznacznie zwężone; w lewém oku pole widzenia było bez porównania więcéj ograniczone. Ezeryn usuwał czasowo objawy, ale stósowanie tegoż często potrzeba było przerywać z powodu występującego zapalenia łącznicy. W maju 1882 r. sklerotomiję zrobiono powtórnie i tym razem z nielepszym skutkiem. Téż same napady powtarzały się ciągle i pole widzenia stopniowo się zwężało.

Od paru miesięcy zauważyłem wyraźną zmianę w oku lewém. W oku tém znajdowałem stale mniejsze napięcie niż w prawém. Przytém i chora zauważyła, że to oko, które zawsze za daleko gorsze uważała i w którém rzeczywiście jaskra daleko większe zrobiła postępy, obecnie wydawało się zdrowszém od prawego. Napady ciemności rozpoczynają się obecnie zawsze w oku prawém i gdy ciemność w tém oku do wysokiego dojdzie stopnia, dopiero wtedy i na lewe przechodzi. Skoro się tylko mgła przed okiem prawém rozjaśniać zaczyna, lewe od razu widzi wyraźnie. Chora jest przekonaną, że oko lewe byłoby obecnie zupełnie spokojne, gdyby na nie mgła z prawego nie przechodziła. Daleko ważniejszą jest wszakże ta okoliczność, że pole widzenia jest obecnie w oku lewém niewątpliwie i to znacznie obszerniejsze, niż w prawém. W oku prawém pozostała tylko wązka szczelina na zewnątrz od punktu patrzenia, gdy okiem lewém chora dobrze liczy palce prawie w całéj zewnętrznéj połowie pola widzenia. Zresztą chora obu oczyma jeszcze wcale nieźle zdaleka odróżnia litery. Chorą znam od tak dawna, tak często i tak dokładnie ją badałem, że cały opisany przebieg choroby żadnéj wątpliwości dla mnie nie zostawia. Przed laty dwoma, nawet przed pół rokiem jeszcze, oko lewe było stanowczo i daleko gorsze, obecnie jest niewątpliwie i znacznie lepsze niż prawe. Kiedym pierwszy raz zauważył tę zmianę w słabém napięciu lewego oka i starałem się jéj przyczynę wyśledzić, zauważyłem, że tęczówka lewego oka w części przyrosła do torebki soczewkowéj. Był to niewątpliwie skutek długiego stósowania ezerynu. Przyrosty zajmowały w dwóch miejscach od wewnętrznéj strony dosyć szerokie odcinki brzegu źrenicznego tak, że cała zewnętrzna jéj połowa i mały łuk od wewnątrz są wolne. Pomimo tych przyrostów źrenica w czasie silniejszych napadów wyraźnie się rozszerza, ale jest zawsze węższą niż źrenica prawa.

Trzeci przypadek jest następujący: 65-letnia M. G. z Ostrowia zgłosiła się do mnie dnia 19/2 zeszłego roku. W księdze swojéj zapisałem wtedy: Jaskra ostra w oku lewém, rogówka zamglona, palce liczy w odległości 3 stóp; w oku prawém nadmiarowość około $\frac{1}{5}$. Zaleciłem tymczasowo ezeryn, przedstawiając konieczność operacyi. Po zastósowaniu ezerynu napad jaskry bardzo prędko ustąpił, tak, że po paru dniach zanotowałem nadmiarowość w obu oczach

$^1/_5$, bystrość wzroku $^2/_5$ w obu taż sama. Chora na operacyję zgodzić się już nie chciała i pojechała do domu. Zwróciłem jéj uwagę na prawdopodobieństwo powrotu choroby, zaleciłem wtedy wkraplać ezeryn i natychmiast do Warszawy przyjechać.

Po roku chora znowu mi się przedstawiła, ale tym razem z powodu cierpienia prawego oka. Opowiedziała mi, że po powrocie do domu wkraplała ezeryn w oko lewe, póki całéj flaszeczki (trzydrachmowéj) nie zużyła. Przez cały rok napad się nie powtórzył i tylko od czasu do czasu uważała lekkie zamglenie. Przed czterema tygodniami chora zapadła na oko prawe i ogromnie cierpi.

Oko lewe znalazłem zupełnie w tym stanie jak przed rokiem, S=$^2/_5$. Źrenica tego oka zwężona, a od wewnętrznéj strony większa jéj połowa do soczewki przyrośnięta. Oko prawe bardzo twarde, powierzchnia rogówki bardzo zaćmiona, a w niektórych miejscach zdaje się obnażoną z przybłonka; dna oka nie można przejrzeć wziernikiem, oko światła wcale nie czuje. Ezeryn żadnego wpływu nie wywierał. Chorą umieściłem w szpitalu i d. 25 lutego rb. operacyję wycięcia tęczy wykonałem. Bóle następnego dnia zwolniały, a po dwu tygodniach chora szpital opuściła. Środki łamiące stały się przeźroczyste, gałka zmiękła, ale nerw wzrokowy był zupełnie blady i chora na tém oku zaledwie ma poczucie światła.

Podałem niezupełnie może dokładny i szczegółowy ale zupełnie wierny opis trzech przypadków jaskry. Wniosek, jaki chcę z nich wyprowadzić, wydaje mi się dosyć prawidłowy. U tych trzech chorych potworzyły się z jednéj strony tylne przyrosty tęczówki, a w każdym przypadku oko, w którém zrost się utworzył, znajduje się w daleko lepszym stanie, aniżeli oko drugie. Idzie o to, czy można te dwie okoliczności zestawić razem jako przyczynę i skutek, czy też należy zbieg ich uważać za czysto przypadkowy. Innemi słowy, czy można wypowiedzieć twierdzenie, że przyrosty tęczy wywierają pewien wpływ ochronny, leczniczy na jaskrę.

Nie chcąc się łudzić, należy być bardzo ostrożnym w ocenianiu skuteczności. środków stósowanych przeciwko jaskrze. Ta choroba trwa zwykle tak długo, a w owym długim przebiegu tak żadnego nie trzyma się typu, tak często zmienia swój obraz, że w każdym przypadku możemy zadać sobie pytanie, czy istotnie leczenie na przebieg choroby wpłynęło; czy sama sobie pozostawiona choroba nie wzięłaby takiego obrotu, jaki widzimy po zastósowaném leczeniu i jaki leczeniu przypisujemy?

Ta wątpliwość nie może się odnosić do ostrych objawów jaskry. Jakkolwiek i mocne napady przejść mogą bez żadnego leczenia, to wszakże leczenie najczęściéj tak szybko te objawy usuwa, że o jego skuteczności wątpić nie możemy. Bywają przypadki chorobowe, w których wkraplając i odstawiając ezeryn można usuwać i wywoływać zapalne objawy jaskry prawie z dokładnością fizycznego doświadczenia. Zmiana pożądana i przewidywana następuje tak prędko i tak często, że najzupełniejszą osiągamy pewność co do skuteczności zastósowanéj metody leczniczéj.

W inném wcale znajdujemy się położeniu, gdy idzie o istotne wyleczenie choroby, nie o usunięcie ostrych objawów. Przewidujemy utratę wzroku po długim czasie, którego określić nie możemy i chcemy zapobiedz temu, a przynajmniéj oddalić ten fatalny skutek choroby. Jeżeli przez pewien czas po zastosowaném leczeniu chory jeszcze widzi, to lekarz nie może jeszcze mieć przekonania, że ten stan pożądany należy zawdzięczać leczeniu, wszak przebiegu jaskry prawie nigdy przewidzieć nie można.

Zapewne czasem jeden przypadek może już dla oceny leku mieć pewne znaczenie, jeżeli się go zna przez czas długi. Jeżeli widzimy, z jaką szybkością bystrość wzroku się zmniejsza i jak częste bywają napady, a po zastosowaném leczeniu napady stają się rzadsze, albo ustępują i dalszy rozwój choroby zostaje wyraźnie wstrzymany, to mamy prawo przypuszczać z wielkiém prawdopodobieństwem, że ten skutek istotnie leczeniu zawdzięczać musimy. Jednakże tylko bardzo wielka liczba przypadków przez długi czas spostrzeganych może nas przekonać o istotnéj skuteczności pewnéj metody leczenia.

Podając tylko trzy przypadki, w których przyrostom tęczy możnaby przypisać korzystny wpływ na przebieg jaskry, nie mogę twierdzenia wypowiedzieć stanowczo, wreszcie sam nie mam pewności w tym względzie; chcę tylko wypowiedzieć pytanie, które dalsze spostrzeżenia potwierdzić albo odrzucić mają.

Wszakże opisane przypadki z tego względu większe budzą zajęcie, że przyrosty tęczy tylko z jednéj strony się potworzyły, że więc drugie oko w każdym przypadku do kontroli pozostaje.

W przypadku pierwszym oko lewe widocznie od lat wielu na jaskrę cierpiało, skoro choroba bez żadnych ostrych objawów doprowadziła do bardzo znacznego zagłębienia nerwu wzrokowego i do zupełnéj prawie ślepoty. W oku prawém, w skutek zapalenia tęcza do soczewki przyrosła i to oko zostało zupełnie wolném od jaskry. Zdarzają się takie przypadki zapewne i bez przyrostu tęczy, ale podobno nie bardzo często.

W przypadku trzecim po mocnym napadzie, skutkiem długiego używania ezerynu, utworzył się przyrost tęczówki. Przez rok cały chora wolną była od napadów, a wzrok ani trochę nie osłabł. Po roku napad jaskry wystąpił w oku drugiém, zaniedbany doprowadził do ślepoty, zrobiono operacyję, a przez cały ten czas w oku, w którém tęcza do soczewki przyrosła, ani razu ciśnienie śródoczne nie było podniesione.

Ale najbardziéj przekonywającym wydaje mi się przypadek drugi. Chorą znam od lat dwu. Jaskra wystąpiła naprzód na lewém, potém na prawém oku i zawsze oko lewe daleko było gorsze, co różnica w rozległości pola widzenia najwydatniéj wskazywała. Nie wątpiłem wcale, że oko lewe zupełnie widzieć przestanie, gdy prawe dosyć długo jeszcze zachowa wzrok niedołężny. Tymczasem wbrew przewidywaniu oko prawe na téj fatalnéj drodze znacznie prędzéj postąpiło. Pole lewego oka jest obecnie obszerniejsze, gałka zawsze mniéj twarda; chora przytém stanowczo twierdzi, że napady ciemności rozpoczynają się obecnie zawsze w oku prawém i dopiero potém lewe zajmują, słowem, oko, które przez czas długi było daleko gorsze, obecnie jest niewątpliwie lepsze, a tę zmianę w chorobie zauważyłem wtedy, kiedym jednocześnie spostrzegł tylne przyrosty tęczówki w lewém oku.

Prawda, że gdyby lekarz widział taki przebieg jaskry, jak w opisanych przypadkach, bez przyrostów tylnych, nie byłby tém zdziwiony; niespodzianki w jaskrze są rzeczą zwyczajną. Jestem wszakże pewny, że gdyby operacyja była wykonana na tych oczach, na których przyrosty się potworzyły, lekarz nie wahałby się tych zmian korzystnych uważać za prosty skutek operacyi.

Już w pierwszym przypadku podejrzenie przez analogiję wydało mi się bardzo ponętne. Przyrost tylny stawia oko pod pewnym względem w takich warunkach, jakby się ono znajdowało ciągle pod wpływem środków zwężających źrenicę, a wiadomo jak świetnie wpływają te środki na ostre objawy jaskry.

Spostrzeżenia opisane są czysto przypadkowe; ale gdyby wniosek z tych spostrzeżeń wysnuty prawdziwym się okazał, znaczenie ich mogłoby wyrosnąć; wszakże przez długotrwałe użycie ezerynu może lekarz umyślnie wywołać przyrost tęczówki, przynajmniéj w bardzo wielu przypadkach. Nie mam wcale zamiaru niniejszym artykulikiem takiéj czynić propozycyi, chcę tylko na przypadki podobne zwrócić uwagę kolegów.

III. Przyczynek do rękoczynnego leczenia suchot płucnych

(Rzecz przedstawiona na Walném zebraniu Wydziału lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół nauk Poznańskiego d. 21go Grudnia 1882),

przez Dr. **Kaczorowskiego.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 14.)

Chora więc, któréj stan odżywienia już się znacznie był poprawił, zaczęła nanowo gorączkować i wyrzucać cuchnącą ropę. Przywieziona w pierwszych dniach Września do Poznania przedstawiła znów oprócz pomyślniejszego ogólnego stanu te same co dawniéj objawy fizyczne, do których przyłączył się jeszcze nowy, tj. stłumienie odgłosu w lewym boku, wypełniające całą przestrzeń pomiędzy sercem a przetoką, — prawdopodobnie skutkiem zapalenia opłucny wywołanego przez pozostający w klatce piersiowéj dren.

Dnia 3 go września celem wydobycia drenu przywróciłem przy pomocy kol. Osowickiego tępém narzędziem otwór opłucny (żebro wycięte okazało się już prawie zupełnie odrosłém), drenu jednak znaleźć nie mogłem. Tkanka płucna pod palcem wydawała się miękką, elastyczną, o ile przez ciasny otwór przekonać się o tém można było. Z powodu, że rodzice zastrzegli sobie, żeby nie podejmować żadnéj na dziecku operacyi prócz wydobycia drenu, ograniczyłem się do włożenia do jamy opłucnowéj grubego drenu, a założywszy na to opatrunek jodoformowy, oddałem dalsze traktowanie dziecka w ręce kol. Krzyżagórskiego w W. Gorączka wprawdzie ustała w obec obfitszéj znów ropiastéj wydzieliny z rany, ale plwociny cuchnące tym razem nie znikły. W połowie października ciepłota znów się podnosić zaczęła, aż nareszcie po kilku dniach ukazał się w świetle przezemnie włożonego drenu utopiony drenik salcbrunski, który kol. K. z łatwością wydobył.

Odtąd gorączka znów powoli znikła i dziecko lepiéj odżywiać się zaczęło. Widząc je na początku grudnia zastałem podściółkę tłuszczową nieźle rozwiniętą (przybyło 4 kilogr. na wadze), klatkę piersiową dawniéj po lewéj stronie zaklęsłą, teraz zupełnie wyrównaną, postawę przedtém na lewo pochyloną, zupełnie wyprostowaną. Stłumienie boczne (między sercem a przetoką) ustąpiło miejsca bardzo jawnemu odgłosowi; czysto pęcherzykowe oddychanie tam było słychać. Z tyłu poniżéj przetoki pozostało jeszcze stłumienie, powyżéj odgłos jawniejszy, ale oddychanie oskrzelowe na szerokość 4 cm.; zresztą wszędzie oddychanie pęcherzykowe. Parę razy dziennie wyrzuca dziecko trochę plwocin ropiastych cuchnących, czasem trochę krwią zabarwionych, zresztą czuje się wcale swobodném. Przetoka opłucnowa jednak od tygodnia znowu zarosła, dren bowiem drążył tylko przez zewnętrzne powłoki klatki piersiowéj. Jawną więc było rzeczą, że jama rozstrzeniowa skutkiem przerwanego przed czasem jéj drenowania od dołu zarosłszy, znów rozkładającą się ropę zawiera. Jakkolwiek sprawa ta teraz jeszcze niezbyt szkodliwie oddziaływała na ogólne zdrowie dziecka, przewidując jednak, że w dalszym biegu jama się zwiększać a gnijąca jéj treść dalsze zakażenia wyrządzać nie omieszka, doradziłem rodzicom, ażeby córkę podobnéj doszczętnéj operacyi poddali, co téż w najbliższym czasie nastąpić miało.

Przebieg przedstawionego dopiero co przypadku chorobowego nie pozostawia żadnéj wątpliwości, że w dolnym zrazie lewego płuca, bliżej tylnéj ściany klatki piersiowéj, znajduje się jama, łącząca się z oskrzelami, w któréj ropiasta wydzielina zatrzymuje się i gnije. Mając na względzie doraźne jéj powstanie po poprzedzającym kokluszu, jéj umiejscowienie w dolnéj części płuca, należy przypuszczać, że to jest jama rozstrzeniowa, wytworzona w wątku zapalenia międzymiąższowego, którego téż ślady przy pierwszém otwarciu opłucny wymacać się dały. Że takie jamy nie leczą się dobrowolnie siłą reparacyjną ustroju, jeno obrazem suchot płucnych niechybną śmierć za sobą pociągają, nikt pewno nie zaprzeczy.

Rękoczyn przeto przezemnie wykonany stanowi *ultimam rationem medici*, do uprawnienia którego powyższy przypadek niepośledni, jak mniemam, dostarcza przyczynek. Dopóki bowiem dren odprowadzał wydzielinę jamy w najniższém jéj punkcie na zewnątrz, zgniły jéj rozkład ustał i ogólny stan zdrowia pocieszające robił postępy. Niefortunny zbieg okoliczności, pozwalając przetoce płucnéj przedwcześnie zabliźnić się od dołu, uniepodobnił wprawdzie przyjście do skutku spodziewanego zejścia, jednakże mimo przywrócenia jamy w każdym razie mniéj już obszernéj, chora ogólnie skorzystała na zdrowiu, a ponowny krok operacyjny na utorowanéj już drodze być może że pożądanym wynikiem uwieńczony zostanie.

Pomysł leczenia jam płucnych rękoczynem nasuwał się w obec bezradności innych środków zapewne niejednemu lekarzowi; pierwszą próbę, ile wiem, wykonał Mosler, otwierając jamę trójgrańcem z ujemnym oczywiście wynikiem. Chcąc bowiem w takim razie pomyślny osiągnąć skutek, co najmniéj tak operować należy, ażeby wydzielina jamy aż do przeistoczenia chorobowego układu płuca swobodny miała odpływ, przestrzegając przytém wszelkich warunków przeciwgnilnych, tak jak nacinając klatkę piersiową w obec otoku opłucnego obecnie postępujemy.

Po wykonaniu pierwszéj téj oto próby mojéj wyczytałem w pismach lekarskich, że w Ameryce Fengler i Hollister operują nożem po wycięciu żebra powierzchownie położone jamy płucne u wszystkich zwyczajnych suchotników. *(Fengler and Hollister: The London medical Records 15 Jan. 1882).*

Wilhelm Koch z Dorpatu (*Lungen-Chirurgie Dorpat. deutsch. medic. Wochenschrift 5 August 1882*) otwiera jamy płucne za pomocą termokauteru i kilka takich operacyj wykonał w klinice Leydena, z których jednak żadna dotąd nie uleczyła téj zabójczéj choroby. Dr. Block z Gdańska, doświadczywszy szeregu wycięć całych zrazów płuca na zwierzętach, mianowicie psach (n. b. zdrowych) z bardzo pomyślném powodzeniem, posunął się nareszcie do zastósowania téj metody u człowieka dotkniętego suchotami gruźliczemi, ale niefortunny wynik podobno naraził go na wmięszanie się do téj sprawy prokuratora sądowego.

Rękoczynne postępowanie w traktowaniu suchot płucnych zapewne trzeba będzie ograniczyć jedynie do otwierania łatwo przystępnych a więc blisko opłucny położonych jam i to w przypadkach, gdzie ogólne zakażenie gruźlicze albo szersze zajęcie płuca wykluczyć można. Do takich ograniczonych spraw chorobowych płuca z wytworzeniem się jam należą w pierwszéj linii jamy rozstrzeniowe zdradzające swój charakter cuchnącemi i bardzo obfitemi plwocinami.

Tu interwencyja rękoczynna jako ostateczny środek leczniczy winna znaleźć wskazanie, ile że przy zachowaniu przeciwgnilnych warunków co najmniéj nie naraża chorego na nowe niebezpieczeństwo. Że zdola poprawić dolę chorego, świadczy przedstawiony tu oto przypadek, mimo niezależnych od saméj operacyi niedokładności w pooperacyjném postępowaniu. Czy termokauter czy palec uzbrojony w dłuższy paznogieć stósowniejszy do bezkrwawego drążenia w chore płuco, nie chcę rozstrzygać — mnie się zdaje odpowiedniejszym palec, ponieważ żywym dotykiem łatwiéj się oryjentować można w odszukaniu jamy a paznogciem jak skrobaczką bez obrażenia ościennych zdrowych pustoszyć można do woli zwyrodniałe tkanki, co w przerzeczonym przypadku okazało się sposobem wcale praktycznym.

Do ogłoszenia powyższego przypadku, przed wykonaniem powtórnego otwarcia jamy rozstrzeniowéj i odczekaniem ostatecznego wyniku, skłoniła mnie ta okoliczność, że rodzice choréj, widząc iż jéj zdrowie w dosyć zadowalający sposób postępuje, a lękając się niepewnego losu nowéj operacyi, postanowili późniéj wyczekujące zająć stanowisko. Gdy tymczasem ich córka w ostatnich dniach stycznia 1883 na nowo gorączkować i na kłócie w przedniéj stronie lewéj piersi narzekać zaczęła, przywieźli ją 31 stycznia do zakładu, jednakże z tém zastrzeżeniem, żebym prócz przywrócenia (zrośniętego po raz drugi, jak wiadomo) otworu w jamie opłucnowéj na płucu samém nie podejmował żadnéj operacyi. Zupełne stłumienie odgłosu znów z przodu od 3go żebra począwszy, zlewające się z tylném stłumieniem, brak oddychania pęcherzykowego od dołu, oskrzelowe wdychanie w górze, kłócie, przyspieszony płytki oddech, gorączka, znamionowały świeżo powstałe zapalenie opłucny. Na tylnéj stronie klatki te same co w grudniu objawy fizyczne, plwocina cuchnąca trochę obfitsza. Palec wprowadzony przez utrzymywaną jeszcze ze pomocą drenu przetokę zewnętrznych pokładów klatki piersiowéj bez trudu rozerwał powstałe zrosty i natrafiwszy na przyrosłe płuco po odłączeniu małéj przestrzeni onegoż napotykał na zewnątrz ku linii pachowéj na gładką, zbitą trochę sprężystą ścianę, w któréj za pomocą poznogcia otwór wygrzebałem. Natychmiast chora strasznie śmierdzącą, z świéżą krwią zmięszaną ropę gwałtownie wykrztuszać zaczęła, podobna ropa także przetoką wydobywała się. Po wystrzyknięciu przetoki rozczynem kwasu salicylowego, włożeniu drenu, opatrzono klatkę przeciwgnilnie. Chora zniosła ten rękoczyn jak najlepiéj, tak że drugiego już dnia łóżko opuścić mogła. Kłócie i gorączka ustały już wieczorem w dniu operacyi. Z przetoki wychodziła w pierwszych dniach dość obfita, ale już niecuchnąca ropa. Stłumienie odgłosu z przodu ustępować, pęcherzykowe oddychanie coraz wyraźniéj tam odzywać się zaczęło. Ropiasty wysięk w przedniéj komorze opłucny (bo taki tylko z powodu zrostów tylnéj części lewego płuca z ścianą piersiową mógł się utworzyć) w dwa tygodnie po otwarciu można było uważać za usunięty. Powstał on był prawdopodobnie skutkiem przedostania się gnilnych pierwiastków z jamy rozstrzeniowéj do opłucny, i komunikował jak się zdaje także z oskrzelem. Na tyle klatki piersiowéj nic się nie zmieniło, cuchnące plwociny, po operacyi przez parę dni mniéj obfite, wróciły do dawniejszéj ilości (około 50—60 gramów). Nalegałem więc koniecznie na rodziców o przyzwolenie na ponowny zabieg około jamy rozstrzeniowéj, gdy jednak w nielojalny nawet sposób krzyżować zaczęli zamiary moje, widziałem się zniewolonym usunąć się od dalszego udziału w traktowaniu tyle zajmującego przypadku.

Ogłosić ten przypadek, jakkolwiek niedokończony, uważałem sobie za obowiązek celem zachęcenia kolegów do doświadczania podobnego postępowania w stósownych nadarzających się przypadkach.

IV. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od r. 1879 do 1882.

Podał Dr. Emanuel Rosenblatt.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 14).

Sekcyja wykonana 22 września 1881 okazała co następuje: Skóra blada, tkanka tłuszczowa mierna, puchliny nie ma; w okolicy pachwinowéj lewéj i na przyległéj przedniéj powierzchni uda lewego rozległe, głębokie owrzodzenia skóry sięgające w głąb aż do powięzi szerokiéj uda. Gruczoły limfatyczne téj okolicy częścią zropiałe, częścią znacznie powiększone i przekrwione. Czaszka symetryczna, prawidłowa, opona twarda ściśle zrośnięta z wewnętrzną powierzchnią sklepienia czaszki, na wewnętrznéj powierzchni blada i gładka. Na oponie pajęczéj wzdłuż rowka podłużnego półkul mózgowych mierne wybujałości tkanki łącznéj. Opony miękkie dosyć silnie w drobnych rozgałęzieniach naczyń na całéj powierzchni mózgu nastrzykane; w przestworach podpajęczych mierna ilość płynu surowiczego. Istota korowa mózgu prawidłowéj szerokości, sino szara, wyraźnie od istoty rdzeniowéj bladéj z odcieniem słabo-różowym odgraniczona. K o m ó r k i m ó z g o w e, m ó ż d ż e k i r d z e ń p r z e d ł u ż o n y p r a w i d ł o w e. Błona śluzowa gardziela zgrubiała, ciemnoczerwona lub sina, oba migdałki nieco powiększone, zwłaszcza lewy, który jest powierzchownie owrzodziały, również i błona śluzowa krtani jest miejscami sino-szara, silniéj nastrzykana. Błona śluzowa tchawicy blada. Oba płuca wolne, opłucne gładkie i połyskujące. Oba płuca są w szczytach i wzdłuż brzegów przednich płatów nadmiernie powietrzem rozdęte, blade, niedokrewne, w tylnych częściach płatów sino-czerwone, okazujące liczne ograniczone wysepki całkiem sine, nieco pod powierzchnią zaklęśnięte. Na przekroju w miąższu płatów dolnych znachodzą się drobniejsze ogniska ciemnoczerwone mniéj lub wcale powietrza niezawierające, zbitsze. Z oskrzelików wydobywa się wszędzie znaczna ilość cieczy śluzowo-ropiastéj. Gruczoły oskrzelowe miernie powiększone, dosyć miękkie, sino-czarne. Serce w rozmiarze podłużnym nieco powiększone, ściany komórki lewéj nieco grubsze. W jamach sercowych nieliczne świeże skrzepy krwi i włóknika. Mięsień sercowy prawidłowy. Śródsierdzie i zastawki prawidłowe. W ą t r o b a rozmiarów prawidłowych, żółto-brunatnawa, d o s y ć z n a c z n i e s t ł u s z c z o n a, wnęka prawidłowa. Śledziona nieco większa, torebka cienka, nieznacznie pomarszczona, miąższ blado-wiśniowy spójności prawidłowéj. Obie nerki miernie powiększone, zwłaszcza grubsze. Torebka

cienka schodzi z łatwością z powierzchni gładkiéj okazującéj na tle bladém wyraźne nastrzykanie drobnych żyłek gwiaździstych a oprócz tego drobniutkie sine i ciemne punkta i plamki po wynaczynionkach. Na przekroju istota korowa szersza, miernie nad powierzchnię przekroju się wypuklająca, zabarwieniem swojém blado-szarawém z drobnemi punktami, kreskami i plamkami ciemno-czerwonemi lub sinemi, wyraźnie odbijająca od istoty piramid jednostajnie ciemno-czerwonych. Miedniczki okazują błonę śluzową, miernie nastrzykaną. Błona śluzowa całego żołądka zgrubiała, rozwątlona, prawie jednostajnie sino-szara. W całém jelicie cienkiém, zwłaszcza atoli w jelicie biodrowém, na błonie śluzowéj jelita biodrowego zgrubiałéj i rozwątlonéj powiększenie gruczołów odosobnionych i kępek Payerowskich bardzo wyraźne. Idąc od jelita ślepego stopniowo coraz to znaczniejsze widać zgrubienie i rozwątlenie a nadto plamiste zaczerwienienie błony śluzowéj, w którychto miejscach, zwłaszcza w częściach dolnych jelita grubego, prawie jednostajnie sino-czerwoną błonę śluzową okazujących, przylega do téjże ściśle i przenika takową warstwa wypociny brudno-szarawéj. Gruczoły odosobnione wszędzie w miejscach mniéj zajętych widoczne, okazujące w środku ciemne punkciki. Gruczoły karkowe i pozaotrzewnowe znaczniéj powiększone, przeważnie sine, przekrwione, podobnie są powiększone gruczoły limfatyczne w miednicy małéj i w okolicy kanału pachwinowego lewego.

Rozpoznanie anatomiczne: *Dysenteria sub forma diphtheriae intestini crassi, catarrhus ventriculi et intestini tenuis chronicus. Nephritis parenchymatosa haemorrhagica subacuta, infiltratio adiposa hepatis. Pneumonia lobularis partium posteriorum loborum inferiorum, bronchitis diffusa, atelectasis disseminata et emphysema marginale pulmonum. Pharyngolaryngitis chronica et adenitis phlegmonosa inguinalis sinistra. Hyperaemia meningum cerebri.*

Porównajmy teraz rozpoznanie anatomiczne z rozpoznaniem kliniczném a raczéj z objawami, jakie za życia choréj zauważyliśmy i przypatrzmy się, czy z objawów tych można było wnosić o istnieniu zmian, które w niektórych narządach na stole sekcyjnym znaleziono, i naodwrót, czy zmiany anatomiczne, które oględziny stwierdziły, tłumaczą nam w zupełności objawy kliniczne, z któremi za życia się spotykaliśmy. Przedewszystkiém uderza nas obecność zmian w jelicie grubém, które za „czerwonkę o postaci błonicowéj“ poczytano, a które za życia choréj żadnym objawem się nie zdradzały, i zadać sobie musimy pytanie, czy zmiany te chorobowe mogły być pierwotnemi lub następowemi, a daléj, czy tłumaczą nam one ten obraz chorobowy, który się nam w ciągu dni 29ciu przedstawiał. O czerwonce wiadomo, że cechuje się głównie wypróżnieniami, parciem, kolkami, bólem około pępka i w odbycie, pragnieniem i dość szybkiém wychudnieniem: z wszystkich tu wyliczonych przypadów w ciągu całego trwania choroby ani jednego nie zauważyliśmy, owszem chora nasza skłonna była do zaparcia żywota tak dalece, iż właśnie na podstawie tego przypadu, w obec szeregu objawów ze strony narządu nerwowego, już 3/9 pomyśleliśmy na chwilę o zajęciu opon mózgowych, a tém bardziéj skoro pomimo wielokrotnych lawatyw z octu zaaplikowanych w dniu 3/9 mierne tylko wystąpiło rozwolnienie, które w dniach następnych, bez podawania jakichkolwiek środków ściągających lub narkotycznych, zupełnie ustało. Jeżeli zważymy daléj, że 12/9 drażniono znów jelita grube lawatywami z octu, że wstrzykiwano choréj kilkakroć podskórnie pilokarpin, który, jak wiadomo, często także i na błony śluzowe jelita wywiera swój skutek, że podawano choréj, celem usunięcia zaparcia stolca, kalomel od dnia 17/9, a więc wypróżnienia zielone, które w okresie końcowym dopiero bez jakiegokolwiek bólu lub parcia wystąpiły, do działania leku tego odnoszono, to oświadczyć musimy, iż na podstawie tych przypadów, które zauważyliśmy i w braku innych więcéj cechujących, żadną miarą czerwonki o postaci błonicowéj rozpoznać nie jesteśmy w stanie. Nasuwa się teraz pytanie drugie, czy czerwonka ta mogła być chorobą pierwotną lub téż tylko powikłaniem choroby głównéj, na wystąpienie którego złożyło się długotrwałe ropienie a zatém osłabienie, powtóre choroba główna, za którą zapalenie nerek uważaliśmy, a potrzecie zadrażnienie jelita częstemi lawatywami i kalomelem. Ponieważ objawy chorobowe pierwsze wystąpiły 23go sierpnia, a zatém choroba cała trwała dni 29, to przecież czerwonka dalejby już była postąpiła, napotkalibyśmy przy sekcyi zmiany okazujące dążność do zabliźnienia, albo téż przynajmniéj r o z l e g ł e j u ż o w r z o d z e n i a, podczas gdy znaleźliśmy tylko sino-czerwone zabarwienie błony śluzowéj pokrytéj miejscami wypociną, bez ubytku samejże istoty. Dla tego téż, pomijając już obraz kliniczny, z saméj nekroskopii wnosić musimy, iż czerwonka w przypadku naszym nie była chorobą pierwotną. Lecz gdybyśmy nawet na chwilę przypuścili, że ona była chorobą główną i pierwotną, czyż mogłaby ona tłumaczyć nam cały obraz chorobowy, czy mogłaby wywołać taki zbiór objawów, z jakiemi mieliśmy do czynienia i wystąpić już w samym początku z drgawkami, białkomoczem, utratą przytomności itd., a nie zdradzić się choćby tylko chwilowém parciem lub zwiększoną ilością wypróżnień? I to pytanie stanowczo zaprzeczyć musimy.

Dalszą zmianą, jaką sekcyja wykazała, było zapalenie nerek miąższowe, przyostre, o postaci krwotokowéj. Zapytajmy się pod względem etyjologii, do jakiéj szkodliwości wystąpienie jego odnieść należy, czy było ono pierwotném lub następowém a wreszcie, czy może ono wytłumaczyć nam wszystkie objawy ze strony narządu nerwowego? Co się tyczy punktu pierwszego, to odnosiliśmy, jak już wyżéj opisano, powstanie zapalenia nerek do przebytéj jakoby płonicy na téj tylko podstawie, iż najczęściéj następuje zapalenie nerek u dzieci po płonicy, i że na razie innéj przyczyny wyszukać nie mogliśmy, podczas gdy za przebytą płonicą przemawiało nieoznaczone bliżéj wzniesienie ciepłoty przez dwa dni, choć bez wszelkich objawów ze strony błony śluzowéj przełyku i migdałów, i wystąpienie zapalenia nerek w kilka tygodni późniéj. Sam przebieg jednak zapalenia nerek wcale był odmiennym od innych przypadków, jakie po płonicy zauważyć można. I tak pojawił się najpierw ślad białka w moczu, w prawidłowéj ilości oddanym, dnia 23/8, a już 24/8 białka nie można było wykazać, 27/8 napowrót występuje białko w znacznéj ilości, mocz jest krwawy a w osadzie stwierdzić można wałeczki Belliniego i liczne ciałka krwi a w 5 dni późniéj, bo 1/9, okazuje mocz tylko ślad białka zaledwo spostrzegalny. Daléj 3/9 znów mocz krwawy i znaczna ilość białka, a 9/9, zatém w dni 6, nie wykazuje rozbiór moczu nic nieprawidłowego. W dalszym przebiegu rozbierać moczu nie byliśmy w stanie, gdyż w skutek zupełnéj bezprzytomności oddawała go chora pod siebie, jednę tylko okoliczność zauważono, że moczyła dość często i obficie, gdyż podkłady często trzeba było zmieniać. Podczas całego trwania choroby nie wystąpiły nigdzie, z wyjątkiem tylko miernego obrzęku powiek górnych (23/8), obrzęki su-

rowicze, co przecież w zapaleniu miąższowém po płonicy prawie w każdym przypadku się przydarza, chyba że zejście śmiertelne zaraz w początkowym okresie nastąpi. Pewne wątpliwości nasuwa wreszcie i sekcyja sama, wykazująca postać zapalenia krwotokową, a zatém nieodpowiadającą tak lekkiéj płonicy, iż bez wysypki i prawie bez gorączki przebiegała, jakaby w przypadku naszym miała miejsce, a odpowiadającą raczéj zadrażnieniu nerek przez szkodliwości jakie chemiczne. Co do punktu zaś drugiego, czy zapalenie to nerek wystarcza do tłumaczenia wszystkich przypadów nerwowych, to odpowiedzieliśmy nań już rozważając rozpoznanie za życia a sekcyja wątpliwość naszą co do napadów mocznicowych o tyle popiera, że żadnego obrzęku nie wykazała. Chociaż niektórzy angielscy autorowie opisują przypadki mocznicy, która wystąpiła nagle mimo prawidłowéj zupełnie wydzieliny moczu i prawidłowego składu chemicznego (Roberts, Johnson), chociaż opisany jest przypadek, że bezprzytomność trwała w mocznicy dni czternaście (Zehender), chociaż w przebiegu mocznicy uważano także czasem porażenia, to jednak w całéj dostępnéj mi literaturze nie znalazłem przypadku, ażeby tak ciężka postać mocznicy, prowadząca do śmierci, wystąpiła śród tak nieznacznych i niestałych zmian w moczu, jak my to uważaliśmy, i żeby tak dziwaczny, prawie codziennie się zmieniający, przedstawiała obraz chorobowy, pominąwszy już tę okoliczność, że na podstawie przebiegu klinicznego przypuścić musielibyśmy cztery napady mocznicowe, w nieregularnych odstępach czasu po sobie następujące, a przegrodzone chwilami zupełnego zdrowia przynajmniéj pozornego dla braku wszelkich objawów chorobowych czy to przedmiotowych czy podmiotowych, dla któréjto okoliczności trudnoby już bardzo i najzaciętszym teoretykom znaleść przekonywające tłumaczenie. Dla tego téż i przypuszczenie mocznicy jako przyczyny samoistnéj dla objawów chorobowych w przypadku naszym zauważonych zadowolić nas nie może.

Co się tyczy wreszcie innych zmian, znalezionych przy sekcyi, t. j. zapalenia płuc i przekrwienia opon, to takowych dla powodów, których tu wyłuszczać wcale nie potrzebuję, za przyczynę obrazu chorobowego tak zawikłanego ani na chwilę posądzać nie można. Jakaż więc jest ostatecznie przyczyna tłumacząca nam zarówno i objawy kliniczne i rezultaty sekcyi? Gdy już po sekcyi jeszcze raz przebieg choroby rozważyliśmy, uderzyło nas, że objawy chorobowe wystąpiły równocześnie z opatrzeniem wrzodu za pomocą jodoformu, i że powtarzały się coraz groźniéj po dalszych zmianach opatrunku. I tak po zasypaniu jodoformem po raz pierwszy dnia 24/8, kiedy jeszcze dość ostrożnie z jodoformem co do ilości się obchodziliśmy, wystąpiły po raz pierwszy wymioty bez innéj przyczyny, które same przez się ustały i po których przez 2 dni, t. j. 25 i 26 sierpnia, nic nieprawidłowego nie spostrzegliśmy. Po opatrunku powtórnym jodoformem 27/8 wystąpiły ponowne wymioty i moczenie krwią, w dniach następnych stan znów się poprawił i wracał do prawidłowego aż do 2/9, w którymto dniu na nowo założono opatrunek jodoformowy, po którym w nocy wystąpiły po raz pierwszy drgawki 3godzinne z utratą przytomności i hematuryją. Utrata przytomności obok czucia prawidłowego trwała przez dobę, chora nie gorączkowała, dopiero 4go września powróciła do przytomności, wymiotowała jednak i była śpiącą. 5go zmieniono opatrunek, lecz dla braku jodoformu opatrzono karbolem a w następstwie chora miała się coraz lepiéj, apetyt wracał, wymioty ustały, a białko znikło zupełnie z moczu. Dopiero gdy 11go września zasypano wrzód na nowo jodoformem, wystąpiły napowrót wymioty, niepokój, drgawki, wykrzykiwania przeraźliwe, bezprzytomność i cały szereg przypadów ze strony narządu nerwowego, symulujący zajęcie ośrodków a prowadzący ostatecznie do śmierci. Zważywszy teraz, że niektóre osoby okazują idyjosynkrazyję przeciw jodoformowi, tak że mała już ilość wystarcza do wywołania objawów zatrucia, że zatrucie to wystąpić może nagle, że w niektórych przypadkach, a zwłaszcza u dzieci, przebiega śród objawów zapalenia opon mózgowych lub innego cierpienia mózgowego, że jod drażniąc nerki wywołać może hematuryję, białkomocz [1]) a nawet i zapalenie nerek, że pacyjentka nasza była właśnie anemiczną a zatém łatwiéj na otrucie narażoną, że nerki jéj w skutek długotrwałego ropienia wrzodu mogły już poprzednio okazywać zmiany chorobowe, zaczém przemawia obecność śladu białka w moczu badanym 23go, a więc przed 1szym opatrunkiem jodoformowym, a zatém nie były w stanie wstrzymać nagromadzenia się jodoformu we krwi (Czerny, König), że objawy chorobowe nie dały się podciągnąć pod żaden inny obraz chorobowy, że sekcyja nie wyjaśniła nam dostatecznie przyczyny owych objawów, że na podstawie zatrucia jodformowego bylibyśmy w stanie wytłumaczyć zarówno i objawy kliniczne, tak ze strony narządu nerwowego, jak i nerek a w części nawet i jelit, jak wreszcie i zmiany anatomiczne napotkane przy sekcyi między innemi także i stłuszczenie wątroby, dochodzimy do przekonania, że w przypadku powyżéj opisanym mieliśmy do czynienia z zatruciem jodoformowém, chociaż dla braku podejrzenia za życia nie badano moczu co do obecności jodu. Próby jednak, które późniéj na innych chorych z wrzodami wykonałem, okazały, że po opatrzeniu jodoformem jod szybko bardzo w moczu bezpośrednio wykazać można.

Absolutnéj pewności jednak, że przypady, w przypadku naszym zauważone, zależały wyłącznie od zatrucia jodoformem, mimo wszystkiego, co tu powiedziano, mieć nie można, tak samo jak i wyniku śmiertelnego nie możemy odnieść do samego jodoformu, gdyż 1mo prawdopodobnie nie znajdowały się nerki choréj już poprzednio w stanie prawidłowym — zaczém przemawia ślad białka w moczu przed pierwszém zasypaniem wrzodu jodoformem, choć ślad ten nazajutrz ustąpił, gdyż zdarzyć się to może przy częściowém zajęciu nerek w postaci zwłaszcza zapaleń przyostrych, 2do nie zauważyliśmy wybitnych objawów ze strony tętna (Schede, Mikulicz, König, Obaliński), które dopiero w okresie końcowym było nadzwyczaj częstém a nikłém, prawie niewyczuwalném, a 3tio znaleźliśmy przy sekcyi zmiany takie, któreby zejście śmiertelne bez działania jodoformu wywołać mogły, t. j. błonicę jelita i zapalenie płuc. (C. d. n.)

V. Oceny i sprawozdania.

Ed. Wahl (w Dorpacie): **O złamaniach podstawy czaszki**

Według dawniejszych teoryj miały powstawać złamania podstawy czaszki albo przez odbicie *(contrecoup)* albo przez rozpromienianie *(irradiatio)* z miejsca, na które uraz zadziałał. W ostatnim czasie przypuszczano, że przerwa w łączno-

[1]) Krew, białko, przybłonki i wałeczki Belliniego, w moczu oddanym w skąpéj ilości zauważył König, *Ctbl. f. Chirurg. 1882*, Nr. 7 przyp. 26, 30 i Kocher *ibidem* Nr. 15, przyp. 1.

ści czaszki powstaje w pewném miejscu sklepienia i ztąd dopiero rozciąga się ku podstawie a przyznać należy, że ten sposób tłumaczenia, opierający się na znanych prawidłach, przemawiał bardziéj do przekonania niż dawniejsza teoryja wibracyjna. Ale i to zapatrywanie nie może się dziś ostać, zdaniem autora, skoro zwrócono baczniejszą uwagę na stosunki sprężystości czaszki, kierunek i punkty zaczepienia sił działających. Ze statystycznego zestawienia A. Schwartza wynikło, że gdy uraz zadziałał na boczne części czaszki, powstawało złamanie w dole czaszkowym środkowym równolegle do osi kości skalistéj; gdy zadziałał na czoło lub potylicę, pękała podstawa czaszki w kierunku strzałkowym, po urazie zaś w okolicę skroniową pękała skośnie; gdy nadto Messerer i Hermann oznaczyli doświadczalnie stosunki sprężystości i odporności kości czaszkowych, można było snadnie orzec, że złamania powstają na podstawie czaszki w kierunku siły działającéj lub przynajmniéj równolegle do tego kierunku, nie powstają przeto przez rozpromienianie lecz zostają wywołanemi przez ucisk czyli są pęknięciami. Przyznać należy, że jakkolwiek warunki, wśród których powstają złamania czaszki urazowe, rzadko odpowiadają warunkom, wśród których znajduje się czaszka podczas doświadczenia, to podobieństwo przebiegu złamań jest uderzające i musi mimo woli naprowadzić na myśl, że tu działają podobne czynniki jak wśród doświadczeń na zwłokach. Messerer twierdzi, że kula wydrążona może tylko w dwojaki sposób uledz złamaniu, w miarę materyjału z jakiego jest sporządzoną: albo przez zasunięcie na siebie lub rozsunięcie części najbardziéj uciśniętych lub téż przez pęknięcie części najmocniéj wyginanych. Odnosząc tę zasadę do sprężystéj czaszki twierdzi, że pod wpływem urazu tępego może czaszka uledz złamaniu przez rozgniecenie: prostopadle do kierunku siły działającéj lub téż równolegle do niego, t. j. pęknąć w kierunku południka, opasującego twór kulisty tak, że kierunek siły działającéj jest równoległym do płaszczyzny tegoż południka. Jeżeli się nadto uwzględni, że podstawa czaszki bywa nader rzadko narażoną na bezpośredni uraz, a to najczęściéj jeszcze za pośrednictwem stosu kręgowego, to dla większéj liczby przypadków, w których siła zadziałała na sklepienie czaszki lub na kości twarzowe, pozostaje tylko druga postać złamań, mianowicie pęknięcia, powstające wtedy, gdy osi poprzeczne czaszki zostają wydłużonemi a krzywizna południka staje się znaczniejszą. Z doświadczeń Hermanna wynika, że sklepienie czaszki posiada większą odporność niż podstawa. Tylko czaszki osób młodocianych ulegały niekiedy złamaniom przez rozejście się szwów wieńcowych i strzałkowych.

W niniejszém krótkiém sprawozdaniu nie podobna przytoczyć w streszczeniu szeroki wywód autora, objaśniony rysunkami i kilkunastu obrazami podstaw czaszek pękniętych, nie czyniąc uszczerbku zrozumiałości treści, ograniczamy się więc tutaj do przytoczenia ostatecznych wniosków, wysnutych na podstawie kombinacyi z uwzględnieniem doświadczeń anatomo-patologicznych.

1) W. rozróżnia cztery typy złamań podstawy czaszki, złamania poprzeczne, podłużne, w kierunku przekątni i pierścieniowe czyli okrężne, pierwsze trzy rodzaje są pęknięciami (*Berstungsbrüche*), ostatni jest strzaskaniem (*Zertrümmerungsbruch).*

2) Obojętném jest, na który punkt sklepienia uraz zadziałał i czy sprowadził w tém miejscu strzaskanie lub téż nie. Szczeliny na podstawie powstają w skutek pęknięcia a nie w skutek irradyjacyi, a nawet w tych przypadkach, w których ma miejsce strzaskanie w miejscu bezpośrednio ugodzoném, nie należy ich uważać na dalszy ciąg strzaskania.

3) Kierunek siły działającéj rozstrzyga o kierunku pęknięcia.

4) Z kierunku pęknięcia można przeto wnosić z bezwzględną pewnością o kierunku zadziałania siły. (R. Volkmann. *Sammlung klin. Vorträge*, Nr. 228). *Dr. Schaitter.*

Gałęzowski. **Nowy sposób operowania zaćmy bez wycięcia części tęczówki.**

Gałęzowski aż do niedawna operował zaćmę według sposobu Graefego i otrzymywał pożądane wyniki, choć czasem wydarzały się przypadki zapalenia całego oka w takich nawet razach, w których nie było najmniejszéj podstawy pierwéj przypuszczać, iż wystąpi to powikłanie. W dwu ostatnich latach G. stosował najskrupulatniéj ostrożności przeciwgnilne, ale to nie miało wpływu. W ciągu ostatniego roku na 93 przypadków wydarzyło mu się 5 przyp. zapalenia całego oka, jak o tém na międzynarodowym Zjeździe w Londynie nadmienił. Nie dawno inny okulista paryski nadmienił o 7 przypadkach zapalenia całego oka z pośród 150 operowanych, a kilka innych wykazów statystycznych podobne podaje cyfry. Jakiż ztąd wniosek? Ani wycięcie tęczówki, ani linea.ne obwodowe cięcie nie zapobiegają następnemu zapaleniu. Wniosek ten coraz bardziéj trafiał G. do przekonania, a zwłaszcza gdy z początkiem roku spostrzegł przypadek zapalenia całego oka u jednego z prywatnych chorych, który cieszył się wybornym stanem zdrowia i któremu zrobiono przed 2 laty wycięcie tęczówki w celu ułatwienia następnéj operacyi. Wyjął mu G. zaćmę w najkorzystniejszych warunkach, operacyja się powiodła a zachowano jak najściśléj wszelkie antyseptyczne ostrożności. Jakież więc było zdziwienie operującego, gdy w ciągu pierwszych 24 godzin pojawiły się przypady ropienia rogówki z następowém zapaleniem tęczówki. Trudno znaleść wyjaśnienie takiego zdarzenia mimo wycięcia tęczówki, ale to jest jasném, że wycięcie tęczówki nie zapobiega takim powikłaniom. Powziął tedy Gałęzowski myśl powrócenia do dawnego sposobu francuskiego, do cięcia płatowego bez wycinania tęczówki, starając się jednakże zrobić płat odmiennego rodzaju. Wyniki, które otrzymał, zdają się bardzo zadowalać, tak, iż uważa on za pożyteczne opisać ten sposób i okazać, jak niesłuszną jest rzeczą przypisywać tęczówce wszelkie niepomyślne przypady, jakie pojawiają się po wyjęciu soczewki.

Rozbierając 959 przypadków operacyi zaćmy, które operował od r. 1874 i których opis zachował, przychodzi G. do następnych ważnych wniosków: 1) Że wycięcie części tęczówki w żaden sposób nie zapobiega zapalnym powikłaniom, jakie po wyjęciu soczewki nastają; 2) Że ono bywa często przyczyną następowéj zaćmy; 3) Że cięcia twardówkowe lub rogówkowo-twardówkowe są o wiele skłonniejsze do zrządzania następowych powikłań, niż cięcia rogówkowe, że one nie zapobiegają groźnym następowym zapaleniom rogówki i tęczówki. W obec niepowodzeń w własnéj praktyce, których w żaden sposób przeoczyć nie można i zważając na znaczną liczbę niepowodzeń, o których wspominają Wecker, Abadie i inni, postanowił G. zmienić sposób operowania i zbliżyć go o ile tylko można do dawnego francuskiego sposobu czyli sposób Daviela. Zmiana, którą G. zaprowadził, odnosi się do kształtu cięcia rogówkowego. Zamiast szerokiego płatu, którego obwód jest we wszystkich kierunkach oddalonym o 2 mm. od brzegu twardówkowego, wbija G. nóż

i wytyka w rogówce, tam gdzie ona się łączy z twardówką, lecz wierzchołek płatu robi o 2 mm. odległym od górnego brzegu twardówki. Cięcie więc jest w zupełności rogówkowe. W ten sposób wytworzony płat jest szerszy a nie tak wysoki, jak w dawnym sposobie Daviela i cięcie jest eliptyczne zamiast sferycznego, a w skutek tego łatwiejsze przyleganie i zabliźnienie rychlejsze. Przez taki kształt cięcia zyskuje się 2 mm. po każdéj stronie, a to dozwala i największych rozmiarów zaćmie bez trudności wystąpić. Źrenica rozszerza się pod uciskiem soczewki i dozwala jéj wolnego przejścia, a następnie sama przez się powraca do pierwotnego położenia lub téż nadaje się jéj takowe za pomocą delikatnego srebrnego drucika. Do dziś dnia G. operował tym sposobem w 56 przypadkach i ani razu nie miał groźniejszego następowego powikłania.

Postępuje on w następujący sposób: Po ułożeniu chorego na łóżku operacyjném lub stole rozwiera powieki sprężynowém rozwieradłem własnego pomysłu. Chwyta potém spojówkę tuż przy rogówce szczypczykami ustalającemi i ściąga oko delikatnie ku dołowi. Wbija następnie wązki nożyk Graefego w przeźroczystą rogówkę w miejscu, gdzie ona się łączy z twardówką 3 mm. poniżéj poprzecznego wymiaru. Końcem nożyka uciskając ku tyłowi do brzegu źrenicy pierwéj rozszerzonéj uciska torebkę, przecinając ją, a następnie wyciągając powoli nożyk wpycha go w poprzecznym wymiarze torebki, którą przecina w całej szerokości, poczém wykłuwa po przeciwnym brzegu rogówki w punkcie również 3 mm. pod poziomym wymiarem. Następnie powoli pochylając brzeg noża ku przodowi wycina płat rogówkowy w ten sposób, że wierzchołek jego ma być w odległości 2 mm. od górnego brzegu twardówki.

Po ukończeniu tego pierwszego aktu operacyi usuwa szczypczyki ustalające i rozwieracz i dozwala operowanemu parę sekund odpocząć. Kończy potém operacyję podnosząc dolną powiekę małym palcem, który wraz z łyżeczką uciska twardówkowy brzeg cięcia, podczas gdy chory ciągle silnie ku dołowi patrzy. Wielkim palcem lewéj ręki uciska się delikatnie dolny brzeg rogówki, a wtedy soczewka pojawia się najpierw w źrenicy, potém w cięciu a nakoniec występuje z oka.

Często zdarza się, iż po wystąpieniu soczewki tęczówka wraca sama od siebie do pierwotnego położenia a brzegi cięcia przylegają do siebie. W innych przypadkach tęczówka wypukla się i trzeba ją wsunąć do przodkowéj komórki za pomocą delikatnego srebrnego drucika. Jeżeli nieco z kory zaćmy pozostanie w źrenicy, usuwa się te resztki łyżeczką, którą można kilkakroć wprowadzić do przodkowéj komórki. Po ukończeniu rękoczynu puszcza się na otwarte oko mgłę karbolową, opatruje watą karbolową i zawiązuje oba oczy. Zwykle zlepienie rany nastaje w 24 lub 48 godzin. W jednym przypadku nie nastało ono w ciągu 6 dni. W 3 przypadkach nastało słabe zapalenie tęczówki 7, 8 i 10go dnia, które jednak łatwo ustąpiło przeciwzapalnemu leczeniu a w jednym przypadku powstało groźne zapalenie tęczówki w pierwszych 24 godzinach, lecz ustąpiło po natryskach mgłą karbolową i po zastosowaniu pijawek.

Gałęzowski widział 2 przypadki opadnięcia tęczówki, oba zdarzyły się 5 lub 6go dnia i w obu musiał wyciąć wypadłą część tęczówki. Ostateczne wyniki po wyjęciu tym sposobem są względnie lepsze od tych, jakie G. otrzymywał przy wycięciu tęczówki. Miał tego dowód na 2 chorych, którzy się poddali operacyi z powodu zaćmy jeden przed rokiem, a drugi przed 3 laty. W jednym z tych przypadków oko jedno operowano z wycięciem tęczówki, a drugie bez tegoż. Bystrość wzroku otrzymana w oczach operowanych bez wycięcia tęczówki jest o $1/_3$ wyższą lub o $1/_4$ od bystrości wzroku tych, które operowano z wycięciem tęczówki. Łatwo pojąć, iż oko z okrągłą źrenicą jest lepiéj zabezpieczone od nadmiernego światła, jest mniéj wrażliwe, a rozpraszanie świetlnych promieni jest téż w tym razie wiele mniejsze.

Od czasu, gdy ostatnie doświadczenie G. okazało znaczne korzyści wyjmowania zaćmy bez wycinania tęczówki, nigdy nie tyka on tęczówki, chyba w następnych razach: 1) Gdy w czasie cięcia rogówki tęczówka wpadnie pod nóż i ulegnie zranieniu. 2) W traumatycznych zaćmach powikłanych tylnemi przyczepinami. 3) W przypadkach, w których soczewka pokryta tęczówką nie da się naciąć. 4) Wycina się tęczówkę, gdy spostrzeże się, że była ugniecioną podczas przejścia twardéj soczewki o wielkich rozmiarach. *(The Lancet* 1883, Nr. III). *Dr. Grabowski.*

Wiadomości pomniejsze.

Braxton Hicks. **Haemostatica**. *(Brit. med. journ.* 1882, p. 955). B. H. zamiast tamponady pochwy w krwotokach macicznych używa i zaleca tamponadę samego kanału szyi macicznéj, gdyż rzeczywiście tamponada pochwy, nietylko że często jest trudną ale zawsze dla choréj dotkliwą, ma jeszcze i inne niedogodności. Szyję maciczną tamponuje po prostu zakładając w nią laminaryję. Na prędce, w braku takowéj świeczkę, cewnik albo długi odpowiedniéj grubości patyk obwija na końcu watą, płótnem lub gąbką i wsuwa w szyję maciczną umocowując *in situ* lub w razie nagłéj potrzeby przytrzymując ręką, aż krwotok ustaje. Szczególnie dobrze ma działać ten sposób w poronieniach, gdzie mamy także zgięcia macicy, gdyż zarazem wyrównywa zgięcie. *Kohn.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

II Posiedzenie zwyczajne Tow. lek. krak. z dnia 7 lutego 1883.

Zastępca przewodniczącego Dr. Kwaśnicki. Członków obecnych 40. Dr. Strojnowski ze Lwowa jako gość.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i bez zmian przyjęto.

2) Kol. Doc. Grabowski wręczył w imieniu Towarzystwa ze stosownem przemówieniem Przewodniczącemu roku zeszłego Drowi Jordanowi obraz Fałata: „Zadumana", jako wyraz wdzięczności i uznania od członków Tow. Dr. Jordan w szczerych słowach podziękował Tow. za ten dowód życzliwości koleżeńskiéj.

3) Jednogłośnie wybrano Dra Michała Janochę członkiem korespondentem a Dra St. Koya członkiem czynnym Towarzystwa.

4) Kol. Dr. Schramm przedstawił z kliniki prof. Mikulicza 9-letniego chłopca z wadą wrodzoną ręki prawéj. Przedramie prawe jest znacznie grubsze od lewego, w dotyku elastyczne, a na powierzchni skóry zauważyć można rozszerzone żyły w różnych przebiegające kierunkach. Dłoń téjże odnogi prawie w trójnasób we wszystkich trzech kierunkach powiększona, przy ucisku elastyczna i nieco bolesna. Na powierzchni spostrzedz można żyły znacznie rozszerzone, pokręcone i w różnych kierunkach przebiegające, a przy głębszym ucisku wyczuć można kłębki tychże naczyń, jakby zwitki sznurów. Palec 4 i 5 téjże ręki jest prawidłowéj wielkości; palec zaś środkowy, wskazujący i wielki, grube, zniekształcone, przedstawiają obraz wyżéj opisany. Ruchomość ręki upośledzona. Prelegent uważa zmianę tę

jako wrodzone *Aneurysma varicosum*. W dyskusyi prof. Madurowicz sądzi, że przyczyną tego zniekształcenia jest sprawa śródmaciczna, a mianowicie ma na myśli więzadła Simonarda, które często wśród życia płodowego wzrost członków wstrzymują. Na skórze u noworodków często można resztki tych więzów widzieć. Prof. Browicz nie podziela tego zdania, albowiem w przypadku obecnym resztek tych więzów nigdzie zauważyć nie można. Jestto według zdania mówcy zwykła rozstrzeń naczyń żylnych, która do zniekształcenia ręki się przyczyniła.

5) Kol. Dr. Gluziński opowiedział przypadek ciekawy pod względem rozpoznawczym z kliniki prof. Dra Korczyńskiego. Młodego chłopca z objawami znacznéj duszności przywieziono do kliniki, a objawy wypukowe i wysłuchowe przemawiały za rozpoznaniem wypociny opłucnowéj prawéj większego stopnia; mianowicie rozmiary klatki piersiowéj strony prawéj były większe od strony lewéj, strona ta przy ruchach oddechowych była nieruchomą, przestwory międzyżebrowe wygładzone i napięte. Odgłos wypukowy téjże strony był od szczytu ku dołowi tak z przodu jak i z tyłu stłumiony, szmery oddechowe w dolnéj części osłabione, symptom Baccellego wyraźny. Serce było ku stronie lewéj dość sporo przesunięte. Przy dokladniejszém jednak badaniu wykryto objawy, które poprzednie rozpoznanie nieco mąciły, a mianowicie odgłos bębenkowy, który można było wydobyć w 3cim przestworze międzyżebrowym na wewnątrz od sutka, jakotéż ujemny wynik kilkakrotnych punkcyj próbnych, z trójgrańca bowiem ledwie kilka kropli krwi wychodziło, a robiący punkcyje doznawał uczucia, jak gdyby narzędzie do jakiegoś ciała stałego o konsystencyi ciastowatéj wchodziło. Z tego powodu przechyliło się rozpoznanie ku nowotworowi klatki piersiowéj, a mianowicie drogą wykluczenia prof. Korczyński rozpoznał: *Lymphosarcoma mediastini postici*, co téż sekcyja w zupełności stwierdziła. W dalszym ciągu prelegent z wyników sekcyi tłumaczy objawy spostrzegane za życia, a mianowicie odgłos bębenkowy w 3cim przestworze można było uważać za odgłos tchawicowy względnie oskrzelowy Wiliamsa, a następnie podnosi szczegóły godne uwagi, jak kolosalne rozmiary nowotworu, wyjście jego z śródpiersia tylnego, jakotéż brak przerzutów. Nowotwór nie wkraczał w narządy sąsiednie, tylko je wypychał ku stronie przeciwnéj, ztąd brak wyraźnych objawów uciskowych na przełyk, układ naczyniowy itd. Symptom Baccellego nie miał w tym przypadku znaczenia rozpoznawczego a zestawiając istniejące zapatrywania, przechyla się prelegent na stronę tych autorów, którzy nie przypisują temu objawowi tak bezwzględnego znaczenia, jak to czynił Baccelli. — W dyskusyi zabiera głos kol. Dr. Kwaśnicki, który także badał owego chłopca; nim do kliniki został przywieziony. Gdyby miał ponownie podobny przypadek, nie potrafiłby rozpoznać nowotworu przed wykonaniem nakłócia próbnego; wiek młody chorego, brak nowotworu w innych narządach, wszystkie inne objawy przemawiające za wypociną, zdecydowałyby mowcę do rozpoznania wypociny, jako częściéj zdarzającéj się aniżeli nowotworu. Tylko nakłócie próbne może rozstrzygnąć w przypadkach wątpliwych, czy mamy w jamie opłucnowéj ciało stałe, lub płynne.

6) Kol. Dr. Buszek podnosząc ważność kontroli policyjno-targowéj nad mlekiem, zastanawiał się nad przymiotami mleka zbieranego i niezbieranego jakotéż śmietany, nad zwykłemi zafałszowaniami mleka i wyjaśnił sposoby, za pomocą których można je wykryć. Dłużéj zatrzymywał się nad okazywaniem szczegółów składających przyrząd Fessera, służący do badania mleka i odbył nim próbę na mleku, jakie na targu sprzedają. Wynik badania był zadowalający. W dyskusyi zabierali głos koll. Wilkosz i prof. Korczyński.

Na tém posiedzenie zakończono.

Dr. Henryk Mendelsburg,
sekretarz.

VII. Higijena noworodków i kobiet ciężarnych w Turcyi.

Podał Dr. W. Jabłonowski
w Sułtan - Czair w Małéj Azyi.

(Dokończenie. Patrz Nr. 14).

Powróćmy jednak do domów rodzin chrześcijańskich. Gdy przypadek postawi nas w obec mamki zajętéj ubieraniem dziecka podług wskazań otrzymanych od rodziców, litość nas weźmie na widok cierpień, na jakie bywa narażone niemowlę w ciągu téj tak na pozór prostéj czynności. Prawidłem ogólnie panującém na Wschodzie jest zwyczaj, że noworodki w pierwszéj epoce rozwoju, t. j. w ciągu pierwszych pięciu miesięcy życia, należy mocno obwijać opaską noszącą nazwę „faskia". Opaska taka zawsze flanelowa a często podszyta jeszcze grubém płótnem, poczynając od stóp obejmuje cały ustrój aż do szyi, nie wyłączając i odnóg górnych, wyprostowanych w długość tułowia. Głowa tylko jest jedną z części niepodlegających obwijaniu, pomimo to jednak przedstawia kolor fijoletowy, następstwo widoczne trudności w krążeniu i nawału krwi, wywolanych przez zbyt silnie nałożoną opaskę. Tak upowite dziecię wygląda poprostu jak mumija egipska. Powijanie samo odnawia się dwa razy na dzień; nie w celu jednak zmiany pieluszek, a tylko dla silniejszego ściśnięcia opaski. Podług bowiem panujących przesądów i podług wskazań otrzymanych od akuszerek jest rzeczą niezbędną unieruchomić odnogi i tułów noworodka, przez to bowiem sprzyja się ich regularnemu rozwojowi i przyczynia się tém samém do nadania im postawy „prostéj jak cyprys". Nie dość na tém. Dziecko powite w tę nieruchomą opaskę układa się w kolebkę i ta ostatnia opasuje się znowu nie już flanelową opaską lecz szerokiém jedwabném przykryciem, uzupełniającém i tak już zbyteczne powijanie. W ten sposób jest się pewnym, że dziecko pozostanie w położeniu nieruchomém i naprzód bywa się zadowolonym, że jego rozwój odbędzie się w warunkach najbardziéj korzystnych, dających mu budowę niezbyt daleką od klasycznéj. Łatwo jednak przewidzieć i przekonać się, mianowicie w pierwszéj epoce życia niemowlęcia, że podobne upowijanie nie wywoła innych następstw, jak tylko powstrzymanie swobodnego rozwoju i zniekształcenie całego ustroju noworodka. Na nieszczęście téż tak zwykle bywa. Po upływie bowiem kilku miesięcy badając odnogi dziecięcia, znajdziemy je w stanie wiotkim, wygięte i mniéj rozwinięte aniżeli być powinno. A ztąd i przykre następstwa opóźnionego chodzenia, krzywica itp. Nieskończona téż ilość przykładów dowodzi nam, że największa liczba mieszkańców Wschodu jest wzrostu średniego i że odnogi zbyt znacznie wygięte czynią ich chód niepewnym, wahającym się, że tak się wyrażę, kaczym. Powijanie, o którém wspomniałem, nie jest jedyną przeszkodą w dobréj budowie i prawidłowym rozwoju niemowlęcia. Wypada zauważyć, że pokój w domu najciaśniejszy i najgorzéj przewietrzany bywa zwykle stancyjką sypialną dla dziecka. W takimto zwykle kąciku mamka ze swym wychowańcem przepędzają dnie i noce, przy ściśle zamkniętych drzwiach i oknach pokoiku, w powietrzu ściśniętém prawie niewłaściwém do oddechania. Zdarzyło mi się téż nieraz odczuć zaduch i zapoznać się z niemiłym odorem wydzielającym się z sypialni dziecka w przypadku, gdy wypadało tam przeniknąć w celu niesienia pomocy. Gdy dodam, że mieszkańcy tutejsi, opierający się z gniewem przewietrzaniu pokoi przez otwarcie drzwi i okien, używają z przesadą kadzideł takich jak Cascarilla, Olibanum lub Ambra, z łatwością ocenimy jakość powietrza, którém oddecha biedny noworodek. Jeżeli jednak w domach chrześcijan ilość metryczna potrzebnego do oddychania powietrza jest bardzo niedostateczną, to za to w domach tureckich spotkamy się ze stanem zupełnie przeciwnym. Tam bowiem, dzięki samemu rodzajowi budowy domów (zlepionych jak się ktoś do-

wcipniej wyraził z pudełeczek po zapałkach), powietrze, z powodu licznych korytarzy, przedsionków, nieokrytych schodów i zawsze prawie otwartych okien, bywa zwykle tak rozrzedzoném i chłodném, że będąc dla przyzwyczajonych bardzo przyjemném, wywiera tylko szkodliwy wpływ na delikatny ustrój noworodka. Stany więc nieżytowe i zapalne narządu oddechania są rzeczą pospolitą pośród dzieci i rodzin wschodnich.

Należałoby się spodziewać, że w miarę wzrostu dziecka sytuacyja jego powinna się polepszać. Tak jednak nie bywa a przyczyną tego są idee i zasady samego wychowania. Nie prędzéj niż po upływie pięciu miesięcy biedna istota zaczyna od czasu do czasu wychodzić ze swéj kryjówki. Wtedy więc uwalnia się ze swego upowicia i udaje w odwiedziny do krewnych lub do miejsc publicznych dla zapoznania się ze światem zewnętrznym. Pospieszę jednak dodać, że podobna przechadzka jest dlań zwykle niekorzystną. Dostawszy się bowiem w ręce krewnych młody gość bywa przedmiotem uścisków, podrzucań, przenoszeń z ramienia na ramie, i to dopóty, dopóki niezrozumiałe dlań pieszczoty znużą go i zmuszą do płaczu. Gdy zaś mamka jest młodą i wesołą, wtedy zamiast odwiedzania krewnych, przenosi zwykle świeże powietrze, udając się z dzieckiem na place publiczne, do ogrodów itp., gdzie pozostawiwszy swego wychowańca na krześle lub ułożywszy na ziemi, sama oddaje się rozrywce, podczas gdy dziecko bywa narażone na spadnięcie z krzesła lub na niewygodne tarzanie się po wilgotnéj ziemi. W takito sposób niemowlę korzysta ze świeżego powietrza. A i z powrotem do domu nie czeka go tam wypoczynek, a tylko po zamknięciu w ciasnym pokoiku co prędzéj upowija się go na nowo, ażeby wyprostować i wyprężyć odnogi, z których swobody biedny malec korzystał w ciągu krótkiéj swéj przechadzki. Takie zaś postępowanie z noworodkiem trwać zwykło w ciągu całego okresu karmienia.

Pod względem żywienia się mamki mógłbym przytoczyć liczne szczegóły, wszystkie bezwarunkowo szkodliwe dla zdrowia dziecka. Ograniczę się jednak do opowiedzenia wydatniejszych. Młoda wieśniaczka po przybyciu ze swéj okolicy nigdy niezadowala się zdrową i delikatną dyjetą; głównie zaś zwykła narzekać na bardzo umiarkowaną ilość pokarmu, jaki otrzymuje w mieście. Z tego więc powodu stara się najprzód zadowolić popędy swego apetytu, żywiąc się tém, do czego jest przyzwyczajoną. Chciwa pokarmów surowych, ostrych, gorzkich, koniecznie zaprawionych czosnkiem, stara się korzystać z każdéj okazyi, aby tylko spożyć je w ukryciu, w kuchni lub na przechadzce. W innych znowu razach są to skłonności do sycenia się pokarmami wymyślnemi, o których egzystencyi we własnéj wioszczynie nie miało się nawet przeczucia. Tutaj więc figurują rozmaite potrawy mączne, owe ciężkie i niestrawne wschodnie „Pakławy, Boreki", tłuste i pieczone w cukrowym ulepku; daléj wyroby cukiernicze, drób i w ogóle potrawy z przyprawą aromatyczną i podniecającą. Pomimo zakazów, próśb nawet, nikt nie jest w stanie wzbronić mamce ich użycia. Bo jakąby nie była przezorność i ostrożność rodziców, zawsze znajdzie się stosowna chwila, z któréj korzystając, mamka pospieszy zadowolić swój apetyt. Czasem jednak czujniejsi rodzice sadowią mamkę do wspólnego stołu i wtedy poddają ją wyłącznéj dyjecie. Lecz podobne postępowanie drażni tylko wieśniaczkę, czyni ją zgryźliwą, opieszałą, a niekiedy mszczącą się nawet na dziecku za to jedynie, że się sprzeciwiano jéj wybrykom. Jedném słowem wszystkie przepisy dotyczące żywienia się mamki i fizycznego wychowania dziecka, gdzieindziéj tak ściśle przestrzegane, na Wschodzie, jeżeli nie są zupełnie zaniedbane, to przynajmniéj mało uwzględniane.

Po przejściu pierwszego okresu życia, t. j. epoki karmienia piersią, po ukończoném pierwszém ząbkowaniu dziecko może już przyjmować pokarmy bardziéj stałe. Lecz pośród dzieci wschodnich osłabienie ustroju, a mianowicie odnóg, bywa tak znaczne, że bardzo często w drugim roku życia dziecko nie może się jeszcze utrzymać na nogach. Jego główka jest cięższą od innych części ustroju, i rodzice, nie wiedząc czemu przypisać ten opóźniony stan rozwoju, przypuszczają jako przyczynę niedostateczne odżywienie, przedłużając karmienie piersią jeszcze na dalsze sześć miesięcy. Nierzadko więc daje się spotykać dzieci 2 lub $2\frac{1}{2}$ roku liczące ssące jeszcze pierś mamki, którą rzucają dopiero wtedy, gdy ucisk ząbkami staje się zbyt dotkliwym. Wówczas mamkę się odprawia i zastąpuje niańką, mającą za zadanie nauczyć dziecko chodzić.

Lecz i niańki nie wiele więcéj są warte od mamek. Zamiast bowiem ułatwiania dziecku robienia pierwszych kroków, niańki przeciwnie utrudniają je tylko, wyszukując najrozmaitsze sposoby ku zmniejszeniu ile możnosci nudów i kłopotów, jakie sprawia dziecko w tym wieku. Biorą się zaś do tego w następujący sposób. Pierwsza niańka, jaką spotkamy w miastach wschodnich na ulicy czy też w miejscach spacerowych, przedstawi się nam z dzieckiem na ręku, t. j. że dziecko bywa ułożone na ramieniu niańki, a jego odnogi ulegają silnemu uciskowi w celu utrzymania go prosto i zabezpieczenia od upadnięcia, w razie niespodziewanego ruchu dziecka lub niestrożności saméj niańki. Innym znowu razem niańka przybywając na miejsce przechadzek, zamiast zająć się powolném wprawianiem dziecka do chodu, zajmuje się odszukaniem tu swych ziomków i przyjaciół, i ponieważ ciężar dziecka znużył już jéj ramię, sprawia więc sobie rychłą ulgę, sadowiąc dziecko na ziemi, bez względu czy ta ostatnia jest wilgotną, czy też rozpaloną promieniami słońca. Rzecz dla niéj najważniejsza jest to spokojne zachowanie się dziecka. Dla tego pozostawiać mu się zwykło największą swobodę czołgania się po ziemi i zbierania tego wszystkiego, co na niéj znajdzie. Ztąd więc dzieci noszone i kierowane w ten sposób, często do czwartego roku życia nie mają sposobności spróbowania swych sił, co też i czyni je niezdolnemi do prostego trzymania się. Rodzice wtedy zmartwieni i zaniepokojeni stanem dziecięcia, decydują się zażądać rady lekarza i dziwią się bardzo, gdy ten ostatni oświadczy im, że dziecko dotknięte jest stanem krzywicy. To rzecz nieprawdopodobna powiadają sobie. Wszak robiono wszystko do uniknięcia téj choroby, przeciwnie jednak, zdaniem badającego, zostało zrobioném wszystko, co sprzyja jéj rozwojowi, tak że w końcu czwartego lub piątego roku życia jako następstwo tylu starań, zabiegów i wydatków na mamki i niańki, będziemy mieć dziecko dotknięte groźną wadą ustrojową, szczupłe, blade, wyschłe, nierozwinięte, często bardzo dotknięte zakażeniem zołzowém, źle odżywione, słowem mające wejrzenie dziecka spłodzonego przez rodziców chorych.

Następstwa podobnie opłakanego stanu rzeczy dotyczą zarówno obojéj płci. Chłopcy jednak, jakkolwiek przedstawiający budowę wątłą, mają jednak więcéj warunków do następnego wzmocnienia się. Przeciwnie zaś dziewczynki, już od natury przeznaczone do przebywania zmian ustrojo-

wych zawsze trudnych i groźnych, przy stanie wad wywołanych złém wychowaniem, już wcześnie stają się niezdolne do korzystnego wywiązania się z zadań wywołanych takiemi okolicznościami, jak ciąża i poród. Niesłusznêm więc jest zdanie tych, którzy sądzą, że życie mieszkańców Wschodu odbywające się w warunkach bardziéj naturalnych, powinno sprzyjać rozwojowi narządów, powiększyć liczbę fizyjologicznych porodów, usunąć lub oddalić przypadki, a tém samém ograniczyć pośrednictwo sztuki. Błąd to bardzo wielki; powodem zaś jego jest wychowanie dzieci w warunkach grzeszących przeciwko najelementarniejszym zasadom higijeny.

VIII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

□ Otczoty Medicinskawo Departamenta ministierstwa wnuternich dieł za g. 1879 i 1880 (c. d.)

Zastanawiając się daléj nad liczbami zaczerpniętemi z komisyj rekruckich, Dr. Herzenstein dochodzi do takich samych wniosków, jakie wyraził na początku obecnego sprawozdania, a mianowicie, że śmiertelność plemienia wielkorosyjskiego i jego schorzałość są nadzwyczaj wielkie. Dwudziestoletni wiek jest wiekiem siły i zdrowia: schorzałość dwudziestoletnich popisowych daje miarę złego stanu zdrowia całego narodu. Przyczynę złego wyjaśni sprawozdanie ministeryjalne, w którém czytamy kategorycznie podane powody schorzałości popisowych: 1) chorowitość i niedołęztwo w skutek złych warunków higijenicznych, w których wychowywali się i wzrośli popisowi, 2) zaniedbane wyleczenie się z przebytych, ostrych i chronicznych chorób, 3) zupełne nieotrzymanie pomocy lekarskiéj itd. Liczba chorych i niedołęgów odnoszących się do wymienionych kategoryj wynosiła roku 1880: 71% wszystkich zbrakowanych rekrutów; jest ona dostateczną podług Herzensteina, ażeby nabrać przekonania o fizycznym upadku wielkorosyjskiego plemienia.

W dalszym ciągu sprawozdania przechodzi Dr. H. do szczegółowych wyjaśnień, mających poprzeć jego twierdzenia; na pierwszém miejscu kładzie on plagę naszych czasów: błonicę (*diphtheritis*). Choroba ta dziś panuje na całym obszarze Państwa rosyjskiego, zarówno w zimnym pasie Archangielskiéj gubernii, jak w południowym Krymie, Kaukazie i dalekim Sybirze, a wzrost jéj i zwiększająca się liczba ofiar mogłyby wzniecić słuszną obawę wymarcia narodu, gdyby nie ten pewnik, że błonica tak jak i inne choroby zakaźne, że się tak wyrazimy przeżywa się, że z biegiem czasu utraca swą siłę i swą złośliwość. Herzenstein zastrzega się przed przypisaniem liczbom ministeryjalnym znaczenia nieomylnego; przeciwnie jest on przekonania, że liczby te są niezmiernie niższe od rzeczywistych, których zebranie z wielkiego obszaru cesarstwa w obecnych stosunkach jest prawie niemożebném.

	liczba gubernij nawiedzonych błonicą	zachorowało	umarło
W r. 1876	8	25.786	8,536
„ „ 1877	15	46.136	18,698
„ „ 1878	29	63 613	23.412
„ „ 1879	46	83.275	33.815
„ „ 1880	65	124.197	44.428
Razem		343.007	128.916

Zatém w ciągu lat pięciu liczba zapadających na błonicę pomnożyła się pięć razy. Gdyby daléj tak szły rzeczy, krocie zamieniłyby się na milijony.—Dr. Zienniec wykazał (*Wracz* Nr. 1), że w Petersburgu śmiertelność z błonicy wzrasta w stosunku geometrycznym 1:2:4 itd. Z naszéj strony dodać musimy, że w latach 1881 i 1882, nieobjętych sprawozdaniem, błonica szerzyła się na daleko szerszym obszarze i o wiele była złośliwszą, aniżeli w latach poprzednich, z których daty statystyczne przytoczyliśmy.

Ω Ciekawy przypadek zarazy śledzionowéj obserwowano ostatniemi czasy w Poznańskiém. W pewnéj wsi padła owca po krótkiéj chorobie. Przed śmiercią nastąpiły częste wypróżnienia krwawe, smołowate. Na podstawie tego rozpoznano wąglik i zarządzono stosowne ostrożności. Przy sekcyi okazało się jednak, że tak śledziona jak i płuca, wątroba były zupełnie prawidłowemi. Tylko w kiszkach znaleziono znaczne zmiany. Krew wynaczyniona między ściany kiszek tworzyła duże pęcherze. Również w samych kiszkach znajdowała się znaczna ilość krwi wynaczynionéj. Skutkiem powstałéj wątpliwości co do rodzaju choroby posłano kawałki kiszek do zbadania Dr. Kochowi do Berlina. Dr. Koch wydał następujące orzeczenie: w krwi wynaczynionéj między ściany jelit, która je w postaci pęcherzów wydęła, znajduje się dość wiele prątków wąglika. Szczególniéj znaczną ilość prątków napotyka się w kosmkach jelit, które skutkiem wynaczynionéj krwi popękały w wielu miejscach. Ztąd krew dostała się do przewodu pokarmowego i wywołała odchody krwawe. Że śledziona jest niezmieniona, to nie wyklucza zarazy śledzionowéj. Formy zarazy śledzionowéj ze zmianami, ograniczającemi się tylko do przewodu pokarmowego, znajdowano już u ludzi. Wskazuje to tylko, że zmiana wywołująca chorobę dostała się *per os* do przewodu pokarmowego.

Ω Ostatniemi czasy Bucher robił doświadczenia dezinfekcyjne na śliniankach i innych przedmiotach, na których znajdował się przyrzut wąglika. Paski płótna, mniéj więcéj 0.6 cm. szerokie, napawał o ile możności jednostajnie prątkami lub zarodnikami zarazy śledzionowéj, suszył i wystawiał na działanie środków dezinfekcyjnych. Skutki dezinfekcyi oceniał w ten sposób, że kawałki paska na 2 cm. długie szczepił myszom białym. Kwas siarkawy gazowy, otrzymany przez spalenie 29 gramów siarki na 1 metr sześć., i to w ciągu 3 dni, nie okazał się skutecznym. Prątki uległy zagładzie dopiero wypalono 100 grm. siarki na 1 metr sześć. powietrza, i wystawiono kawałeczki płótna przez dni 17 na działanie SO_2. W tym razie jednak prędzéj ulegały zniszczeniu zarodniki niż prątki.— Następnie dano kawałeczki płótna do rozczynu wyciągu mięsnego i gotowano. Ciepłota 75—80° C. przez $1^1/_2$ godziny wcale nie zabiła grzybków, dopiero tak zarodniki jak bakteryje ginęły przy ciepłocie wyższéj niż 90°. Wreszcie B. robił doświadczenia nad wpływem suchego gorącego powietrza. Ogrzewanie przy 110° C. w ciągu $2^1/_2$ godziny zabiło zupełnie prątki. Ciepłota 100° C. działała tak samo lecz dopiero po upływie 4 godzin. (*Allg. med. C. Ztg.* 1883).

Ω Palenie zwłok ludzkich zyskuje w Niemczech coraz więcéj zwolenników. Na Wystawie berlińskiéj higijenicznéj urządza niemieckie Towarzystwo palenia zwłok osobny oddział. Fryderyk Siemens z Drezna ma zbudować piec swego pomysłu. W czasie wystawy palić będą w tym piecu tak zwłoki zwierzęce jak i ludzkie. W osobnym pawilonie pomieszczone będą urny różnego wyrobu, trumny i inne modele, daléj okazy popiołów otrzymanych ze spalenia zwłok ludzkich, różne plany, dzieła itd. Towarzystwo berlińskie palenia zwłok liczy obecnie 220 członków zwyczajnych, 2 honorowych i 12 korespondentów. Podobno i Magistrat berliński zamierza pozwolić Towarzystwu zbudować na założyć się mającym nowym cmentarzu głównym piec dla palenia zwłok.

W Chicago utworzyło się również Towarzystwo palenia zwłok. Kapitał zakładowy tego Towarzystwa wynosi już 100 tysięcy dolarów.

□ *Revue scientifique* podaje, że w domach w Holandyi znajduje się owad z rodziny myriapoda, który posiada szczególną własność wydzielania z siebie kwasu pruskiego; drażniony wydaje płyn cuchnący gorzkiemi migdałami; rzecz ta została chemicznie stwierdzoną przez Egelinga.

□ W Berlinie istnieje Stowarzyszenie dla obrony interesów i praw lekarzy berlińskich, które do swych zadań zalicza i odbieranie należytości za wizyty lekarskie od niepłacących pacyjentów. W r. 1882 Stowarzyszenie domagało się zapłaty 6630 razy, należytość wynosiła 135,821 marek; uiszczenie długu nastąpiło 3825 razy na sumę 69.625 m. Stowarzyszenie pobiera 10% z odebranéj kwoty na wydatki biórowe. (*Allg. med. Central Ztg.* 21 marca.)

Ω Deputowany Piegre, wniósł w parlamencie francuskim, aby Rząd wyznaczył rodzicom premiję za znaczniejszą liczbę dzieci. Piegre popierał wniosek swój tém, że w ciągu lat od 1876 do 1881 w 42 departamentach ludność wzrosła o 755 tysięcy, w 45 zaś pozostałych zmniejszyła się o 339,700, czyli, że przyrost w ciągu lat 5 wynosił tylko 415,300. Z liczby téj trzeba jeszcze odciągnąć 199,300 obcych, którzy się osiedlili w ciągu tego czasu we Francyi. Tym sposobem przyrost naturalny wynosi tylko 216,000, tj. $^6/_{10}$ procent. W tym samym przeciągu

czasu ludność Niemiec, mimo znacznéj emigracyi, wzrosła o $6\frac{3}{10}$ procent, tj. w stosunku 10 razy większym niż we Francyi.

Ω Według urzędowych wiadomości wybuchła w Persyi w kilku wsiach położonych na granicy tureckiéj pod Suleimanje choroba nader gwałtowna, jak się zdaje dotąd zupełnie nieznana, przebiegająca pośród objawów podobnych do wścieklizny. Władze tureckie wysłały komisyję z lekarzy dla zbadania téj choroby.

○ W Nrze 1ym czasopisma „*Cursalon*" z dnia 8go bm. znajduje się zestawienie liczby gości kąpielowych w różnych zdrojowiskach i miejscach leczniczych w l. 1881 i 1882. Zestawienie to dotyczy 132 miejsc. Z galicyjskich wymieniono tylko Krynicę, Szczawnicę, Rabkę i Zakopane. Ogólna liczba gości wynosiła:

w r. 1881 : 548.829 a w r. 1882 : 572,882.

Najliczniéj odwiedzanym był zdaje się Wiesbaden, wykazuje bowiem w r. 1881 : 77,662 a w 1882 : 79,085 osób.

○ Dnia 4 b. m. odbyło austryjackie Towarzystwo higijeniczne w Wiedniu Walne zebranie pod przewodnictwem starszego radzcy budownictwa Stacha (w zastępstwie radzcy dworu Billrotha). Po załatwieniu spraw administracyjnych sekretarz generalny Dr. Mundy miał wykład: „Van Swieten i jego wiek".

IX. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 12 kwietnia. „Czas" z d. 7 bm. donosi co następuje: „Prof. Dr. Zygmunt Wróblewski wspólnie z prof. Drem K. Olszewskim dokonali d. 4 kwietnia skroplenia tlenu. Gaz ten, dotąd nigdy nie był widziany w stanie cieczy i był doprowadzony przez Cailletetego w Paryżu tylko do tego stopnia, że będąc uwolnionym z pod bardzo wysokich ciśnień, tworzył widoczną mgłę. Nasi uczeni wystawiwszy tlen na działanie niezmiernie niskiéj temperatury, jaka nigdy jeszcze dotąd nie była przez nikogo otrzymaną, przeprowadzili gaz ten w stan zupełnie ciekły. Dodamy, że nad zadaniem tém pracowano już od lat pięćdziesięciu i że rozwiązanie go stanowi jeden z najwyższych tryjumfów doświadczalnéj fizyki." A d. 8 dodaje: „W liczbie powinszowań z powodu skroplenia tlenu, o którém podaliśmy wiadomość w dniu wczorajszym, otrzymał prof. Wróblewski następujący telegram z Paryża od członka paryskiéj Akademii Umiejętności Debrayego i od sekretarza stałego téjże Akademii Dumasa, wielkiego francuskiego chemika: *Professeur Sigismond Wróblewski Cracovie. Mes fe icitations et celles de Mr. Dumas. Debray.*"

Przypominamy, że na możność skroplenia tlenu zwrócił uwagę Raoul Pictet w Genewie (patrz Przegląd Lek. z r. 1878, Nr. 1) d. 22 grudnia 1877 r.; pp. Wróblewskiemu i Olszewskiemu zawdzięczamy uskutecznienie doświadczenia według zasad umiejętnych.

* W ostatnim czasie przystąpili do Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie Dr. Buzdygan Wojciech z Zakopanego, Dr. Kopff Leon z Krakowa i Dr. Ebers Henryk z Sassowa.

* W Nrze 77 *Gazety Polskiéj* z d. 7 bm, korespondent z Krakowa podaje niby spis wykładów odbyć się mających w Uniw. Jagiell. w półroczu letniém i kończy uwagą: „Jak widzimy wcale ubogo, tak pod względem ilości, jak i pod względem jakości". Zapewne, jeżeli szan. korespondent jest tak naiwny i wierzy, że na Wydziale lekarskim nikt więcéj nie wykłada prócz pp. Adamkiewicza i Marsa. Że im zresztą każe wykładać przedmioty, do których wcale się nie przyznają, to dziwić nas już wcale nie może, ale dziwimy się, że *Gazeta Polska* posługuje się tak nierozgarnionym korespondentem.

□ **Budapeszt.** Navratil oświadczył ministrowi spraw wewnętrznych, że z 10.000 osób zbadanych przez niego, a cierpiących na choroby połyku i krtani, 2.000 było syfilityków, którzy z natury swego zawodu pozostają w ciągłéj z publicznością styczności. Podając o tém wiadomość dodaje *Wracz*, że jeden z lekarzy rosyjskich zapytuje, czy nie należałoby, ażeby syfilitycy w szpitalach, przyjmujący Komuniję, mieli swe odrębne naczynia, niezbędne podług prawosławnego rytuału do téj ceremonii?

* **Berlin.** XII Zjazd chirurgów odbył się w d. 4—7 bm. pod przewodnictwem Langenbecka. Z chirurgów znakomitszych niemieckich obecni byli: Bergmann, Esmarch, Thiersch, Bardeleben, Maas, Küster; z Austryi: Gussenbauer, Winniwarter, Wölfler; z Polaków: Lesser, Rydygier i Mikulicz: nadto wielu lekarzy i profesorów ze Szwecyi i Norwegii, Danii, Belgii i Holandyi, Szwajcaryi, Rosyi, Anglii, Ameryki i Japonii.

Z wykładów i rozpraw zasługują na uwagę: O wolu i wyłuszczeniu onego (Kocher, Bardeleben, Maas i Wölfler), o operacyjach na żołądku i jelitach (Schönborn, Wölfler, Mikulicz, Riedel i inni), o leczeniu ran za pomocą bismutu (Kocher). Z demonstracyj licznych i ciekawych zasługuje na uwagę obrzęk włosowy wielkości pięści wycięty przez Schönborna z dobrym skutkiem z żołądka młodéj dziewczyny. Prof. Mikulicz okazał swój skoliozometer, opisany poprzednio w Przeglądzie Lek. i przedstawiony na posiedzeniu Tow. lek.; przyrząd ten zyskał na Zjeździe powszechne uznanie.

Ω Na posiedzeniu z 21 marca Tow. lek. przedsta- [illegible] r imieniem nieobecnego Virchowa chorego z nader silnie rozdętemi żyłami odnóg dolnych i brzucha. Na brzuchu znajduje się obraz najwybitniejszego *Caput Medusae.* W narządach wewnętrznych nie ma zmian żadnych, któreby tłumaczyły te zmiany. Senator przypuszcza, że przyczyna ich jest następującą: chory otrzymał pod Gravelotte postrzał w kark. Kuli nie udało się wyjąć mimo kilkakrotnych prób. Jak się zdaje kula się obniżyła już teraz do miednicy i tutaj czy to sama przez się, czy skutkiem zrostów i blizn zapalnych wywołuje ucisk na żyły miednicy. Chory podaje, że czuje w miednicy kulę.

□ **Bruksela.** Odbyła się tu wspaniała manifestacyja lekarska: d. 1 marca b. r. przeszło 500 lekarzy belgijskich zgromadziło się w tém mieście, w celu uroczystego doręczenia pięknego artystycznego upominku Drowi Festraertsowi, redaktorowi dziennika *Scalpel*. w dowód uznania 35-letniéj służby redaktorskiéj. Sam akt doręczenia i bankiet, który po nim nastąpił, miały cechę uroczystéj umysłowéj biesiady (*Le Progrès méd.* Nr. 14).

□ **Rosyja.** *Nowosti* donoszą o zniesieniu niedawno ogłoszonego rozporządzenia rządowego, mocą którego lekarze kobiety traciły tytuł dyplomem sobie nadany, a nazywać się miały „uczonemi położnicami." Jak dawniéj tytułować się mają lekarzami. W jesieni odbędzie się cały szereg odczytów, z których dochód przeznaczonym ma być na rzecz żeńskich lekarskich kursów. Profesorowie: Dobrosławin, Paszutin, Suszczyński, Tarchanow, Czudnowski przyrzekli współudział.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Warszawa.** Prof. nadzw. Dr. Henryk Łuczkiewicz mianowany został prof. zwyczajnym; prof. nadetatowy zwyczajny fizyjologii Nawrocki zatwierdzony został w charakterze etatowego zwyczajnego profesora; docent chirurgii Dr. Tauber i docent oftalmologii Wolfring otrzymali stopień nadzw. profesorów.

* **Wiadomości osobowe.** Dr. Władysław Węgrzynowski został starszym lekarzem rezerwy 1go pułku ułanów.

* **Nekrologija.** Zmarli Drowie Emil Piotrowski, lekarz powiatowy w Płońsku i Stanisław Szablewski w Nieświeżu. (*Medycyna*).

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 14: Dobrzyckiego: Sprawozdanie z działalności lecznicy dla chorych piersiowych w Mieni. (c. d.); w *Gazecie Lek.* Nr. 14: Gluzińskiego: (Z kliniki prof. Korczyńskiego w Krakowie): Mięsak limfatyczny śródpiersia tylnego; Sokołowskiego: Przyczynek do kazuistyki i leczenia przewlekłego wiądu rdzenia kręgowego (dok.); Pacanowskiego: Kilka uwag nad przebiegiem tyfusu brzusznego i wysypkowego (c. d.).

○ **Piśmiennictwo lekarskie. D. G. Beck's Therapeutischer Almanach. 10 Jahrgang 1883, des Taschenbuches der neusten Therapie. III Bändchen I Heft. Bern, 1883.**

W téj małéj 80 stron liczącéj broszurce podano zestawienie postępów, jakie zrobiono w terapii w ciągu r. 1882. Jestto już 10 rocznik wielce dla praktyków użytecznego wydawnictwa i cieszącego się słusznie uznaniem, które pomnożyło zalety, jakie już posiadało przez dołączenie po raz pierwszy w obecnym roczniku do każdéj wskazówki terapeutycznéj odpowiedniéj literatury, przez co ułatwiono odszukanie pierwotnego artykułu oryginalnego lub obszerniejszego wyciągu, a z tego powodu książe-

czka ta oddać może usługi nietylko przy łóżku chorego ale także i przy pracy literackiéj. Układ broszurki według poszczególnych chorób jest wielce dogodny i dozwala łatwego przeglądu. W wspomnianych dopiskach literatury każdego przedmiotu dotyczących znajdujemy téż odsyłacze do prac polskich autorów.

Redakcyja otrzymała:

Dr. Stan. KOŚMIŃSKI: Słownik lekarzów polskich. Zeszyt I, Warszawa 1883, w dużéj 8ce str. 160.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę dnia 18 kwietnia o godz. **szóstéj** wieczór w sali Akademii Umiejętności zwyczajne posiedzenie, na którém po wyczerpaniu przedmiotu z przeszłego posiedzenia pozostałego kol. Dr. Gluziński odczyta kilka słów o zejściu zapalenia płuc włóknikowego w zapalenie śródmiąższowe.

Do numeru dzisiejszego dołącza się broszurka: Szczawnica. Sprawozdanie komitetu administracyjnego dla Zakładu zdrojowego w Szczawnicy o zarządzie tegoż zakładu.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 21 kwietnia 1883. № 16. Rok XXII.

I. Z prywatnéj kliniki chirurgicznéj Dra Rydygiera w Chełmnie n./W.

II.

Przypadek gastro-enterostomii.

Podał Dr. Rydygier.

Na jedenastym Zjeździe chirurgów w Berlinie wtrąciłem w toku rozpraw o wycinaniu odźwiernika i kawałków jelita między innemi także wzmiankę o swoim przypadku gastro-enterostomii. Szczegółowy jego opis podaję niniejszém tém chętniéj, ponieważ operacyja ta Wölflerowska w wielu przypadkach raka odźwiernika niezaprzeczone posiada znaczenie. Często bowiem zwężenie przejścia zrakowaciałego odźwiernika wywołując niezmierne cierpienia, osłabia ciągłemi wymiotami i brakiem odżywiania siły chorego w takim stopniu, iż życie jego temi następczemi objawami na razie więcéj bywa zagrożone niż pierwotną chorobą, podczas gdy wycięcie chorych części nie jest wykonalném. Ostatni szczegół spostrzega się często dopiero po otwarciu jamy brzusznéj i w razach takich spotykał dawniéj przykry zawód chorego któremu nietylko ulżyć nie było można, lecz przeciwnie przyczyniono cierpień przykuwając go na dwa lub więcéj tygodni do łóżka i odbierając wszelką nadzieję polepszenia. Łatwo téż sobie można wyobrazić wrażenie, jakie podobne zdarzenia wywołać musiały na operującym. Tymczasem obecnie przez operacyję Wölflera możemy najgorsze przynajmniéj objawy złagodzić, a nawet usunąć je zupełnie na kilka lub kilkanaście miesięcy i tym sposobem nietylko życie jego na tak długo znośniejszém uczynić, ale nawet o pewien czas przedłużyć. Dotychczas w 5ciu w ten sposób operowanych przypadkach udało się 2 razy cel powyższy osiągnąć. Lückego chory (Fischer: *Ein Fall von Gastro-Enterostomie. Deutsche Zeitschrift f. Chir.*, tom 17, zeszyt 5 i 6) więcéj niż dwa miesiące bardzo dobrze się miewał i przybrał nawet znacznie na tuszy. Operacyja więc ta posiada wielką wartość i ma tém samém zapewnione znaczenie w chirurgii. Na to tylko zgodzić się nie mogę, aby ją rozszerzyć także, jak to Richter pragnie, i na zwężenia odźwiernika wywołane bliznami po wrzodzie żołądka. Takie właśnie przypadki są, mojém zdaniem, najodpowiedniejsze do wycięcia odźwiernika. Powody tego zapatrywania podałem na wspomnianym już Zjeździe chirurgów podczas odnośnych dyskusyj (*Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft f. Chir.* XI. Congress).

Przypadek nasz gastro-enterostomii zasługuje prócz innych i z tego powodu nieco na uwagę, że poucza o nowéj przyczynie, jaka po téj operacyi śmierć wywołać może. Billrotha przypadek (Wölfler: *Gastro-Enterostomie. Ctrbl. f. Chir.*, 1881, Nr. 45) zakończył się śmiercią w skutek powstania ostrogi w części jelita przyszytéj do żołądka przeszkadzającéj swobodnemu odpływowi żółci i soku trzustkowego do niższych części jelita; wydzieliny te wpływały napowrót do żołądka i wzbudzały wymioty żółciowe. Chory Lauensteina (*Zur Chirurgie des Magens. Langenbecks Archiv*, tom XXVIII zeszyt 2) zmarł z wycieńczenia sił. W naszym przypadku nastąpiła śmierć 4go dnia po operacyi przez krwotok z rany żołądko-jelitowéj. Oto krótki jego opis:

K. Olszewski, 54 lat wieku, cierpiał już blisko od lat dwóch na niestrawność zmuszającą go do coraz ściślejszego wyboru w potrawach; mimo to dostawał nieraz odbijania i ciśnienia w dołku. W ostatnim czasie małe tylko ilości pokarmów naraz przyjmował, w końcu ograniczał się do płynnych potraw; w razie przeciwnym wymiotował. Najrozmaitsze leki podawane wewnętrznie pozostawały bez skutku. W końcu chory za poradą swego lekarza, kolegi Dra Szymana, udał się do naszéj kliniki.

Badanie podjęte d. 8 maja 1882 r. wykazało następujący stan chorego; mężczyzna średniego wzrostu wynędzniały, słaby; cera skóry jego brudno-żółtawa wskazuje ogólny zanik sił; w okolicy odźwiernika znajdujemy guz ruchomy, wielkości średniego jabłka, przy uciskaniu bolesny.

Przepłukując żołądek przekonywamy się o znaczném jego rozszerzeniu. Inne przyrządy nie wykazują żadnych nieprawidłowości.

Rozpoznanie kolegi Dra Szymana uznające raka odźwiernika potwierdzić tylko mogliśmy i zaleciliśmy wycięcie odźwiernika, na co się téż chory zgodził. W razie wielkich zrostów lub innych okoliczności niedozwalających wycięcia postanowiliśmy z góry wykonać operacyję Wölflerowską.

Po zwykłych wstępnych przygotowaniach przystąpiliśmy dnia 13 maja 1882 do operacyi Cięcie przez ścianę brzuszne wykonaliśmy w tym razie jeszcze cokolwiek łukowato z góry do dołu ponad pępkiem o kilka cm. na prawo od smugi białéj. Po dokładném zatamowaniu krwotoku ze ścian brzusznych otworzyliśmy otrzewnę, a przekonawszy się przez wprowadzenie ręki do jamy brzusznéj, że zwyrodnienie rakowate zajmuje zbyt wielką część ścian brzusznych, oraz że wielka część gruczołów jest rakowato naciekłą, porzuciliśmy pierwotny plan wycięcia odźwiernika, a przystąpiliśmy do gastro-enterostomii. Operacyję tę wykonaliśmy ściśle podług przepisów Wölflera opuszczając jedynie wszelkie tymczasowe podwiązania i uciskadła, a spuściwszy się na ręce asystentów. Udało nam się wprawdzie i w ten sposób zapobiedz wypłynięciu treści żołądkowo-jelitowéj do jamy brzusznéj, lecz z wielką trudnością przekonywającą nas ponownie o dogodności zalecanych przez nas uciskadeł. Do szwu kiszkowego użyliśmy jak zwykle katgutu. Jamę brzuszną zaszyliśmy bez założenia sączków, poczém zastósowaliśmy opatrunek Listerowski.

W pierwszych trzech dniach po operacyi powodziło się choremu nie źle, uskarżał się tylko nieco na bóle w żywocie. Ciepłota była prawidłowa: dnia 13/5 (w dniu operacyi) wieczorem 37·7°; dnia 14/5 rano 37·6°, wieczorem 37·5°C.; 15/5 rano 37·0°, wieczorem 36·9°C. Czwartego dnia wzmogły się bóle w żywocie. Po zadaniu enemy irygatorem nastąpiło wypróżnienie kału ciemno brunatnego mocno cuchnącego; podobne wypróżnienia powtórzyły się w ciągu dnia jeszcze dwa razy. Wieczorem chory był spokojniejszym; ciepłota wynosiła 37·4°, rano 38·0°C. W nocy powrócił niepokój chorego, a po oddaniu bardzo obfitego stolca podobnego do poprzednich nastał zapad i operowany umarł o 4éj godz. zrana.

Badanie pośmiertne jamy brzusznéj wykazało jako przyczynę śmierci krwotok z rany żołądkowo-jelitowéj. W części odprowadzającéj jelita znaleźliśmy wielką ilość nagromadzonéj krwi cuchnącéj; dwunastnica i żołądek były próżne, podobnież jama otrzewny. Szew trzymał doskonale; rana w jelicie znajdowała się blisko dwunastnicy.

Przypadek powyższy o tyle ma dla mnie pewne znaczenie, ponieważ dowodzi, że krwotok następczy w ranach żołądkowo-jelitowych może nastąpić i bez poprzedniego użycia uciskadeł. Lauenstein (l. c.) bowiem podaje jako złą stronę uciskadeł między innemi i tę, że po ich użyciu może się zdarzyć krwotok następczy, a jako dowód przytacza przypadek wycięcia odźwiernika przez Lückego. Zarzut oparty na tym przypadku już z góry nie tyczy się moich uciskadeł, gdyż Lücke użył uciskadeł stale, a nie elastycznie za pomocą gumowych nitek połączonych, na którą to okoliczność ja wielki nacisk kładę. Uciskadła elastycznie połączone zaciskają tylko mniejsze naczynia, większe zaś zdradzają się same strzykaniem i mimo uciskadeł wymagają osobnego podwiązania. Nie przeczę bynajmniéj, że mogą się zdarzyć przypadki, w których siła serca w czasie operacyi tyle jest osłabioną, że większe naczynia choć i lekko uciśnięte nie strzykają, po operacyi zaś, gdy siła serca się wzmoże, zaczną krwawić nie dość silnie zaciśnięte szwem, ale nasz dopiero co opisany przypadek dowodzi, że podobne nieszczęście i bez uciskadeł zajść może.

Przy nadarzającéj się sposobności muszę zarazem odeprzeć i drugi zarzut, jaki Lauenstein uciskadłom czyni, twierdzi on, że przy ich używaniu potrzeba koniecznie we większéj rozciągłości oddzielać małą i wielką sieć, gdyż przy najmniejszéj możliwéj szerokości uciskadła zawsze zajmują pewną przestrzeń. Przyzna mi bez wątpienia każdy nieuprzedzony, że sieć jako wiotkie, nienaprężone ciało da się dla podwiązania pręcików o tyle wgiąć, ile szerokość uciskadeł wymaga bez potrzeby odłączenia jéj od żołądka. Zresztą można bez wielkich zabiegów nitkę gumową przeprowadzić przez sieć dla połączenia pręcików, tak jak się przeprowadza jedwab przy tymczasowém podwiązywaniu, zalecaném nawet przez Lauensteina. Gdyby rzeczywiście do założenia uciskadeł oddzielić trzeba było sieć od żółądka — co w rzeczywistości nie ma miejsca — natenczas byłbym pierwszym, któryby przeciwko uciskadłom wystąpił, w zupełności uznając wraz z Madelungiem wielkie niebezpieczeństwo oddzielania jelita od krezki. Już bowiem w roku 1881 (Przegląd Lek. str. 537 i tłumaczenie téjże pracy w *Berl. klin. Wochenschrift*) powiadam: „Najważniejszém przy odłączaniu śródjelicia, na co téż Madelung na Zjeździe chirurgów wskazał, jest, żeby starannie unikać odłączenia śródjelicia od jelit", rozumie się przy ich wycinaniu, bo o tém jest mowa. „Natomiast można nawet bardzo znaczne pętle **nieprzeciętych jelit** odłączać bez obawy o zgorzel, jak o tém doświadczenia 14, 15, 16, 17, 18 i 19 świadczą". Do tego ostatniego ustępu odnoszą się moje uwagi w drugiéj méj pracy z r. 1882, którą Schramm przytoczył (Przegląd Lek. Nr. 8, r. 1883) przypisując mi zdanie, że nie uważam u człowieka za zbyt niebezpieczną rzecz oddzielanie jelita przeciętego od śródjelicia; mówi na tém miejscu: „Wprawdzie po powtórnych swych doświadczeniach co do wycinania kawałków jelita podaje Rydygier (*Ein interessanter Fall itd. Berl. klin. Woch.*, 1882), że rozmaite zwierzęta rozmaicie znoszą oddzielenie kiszki od śródjelicia i że zdaje się, jakoby człowiek znosił ten zabieg wcale dobrze. Przypadek nasz nie bardzo zgadza się z tém przypuszczeniem itd." Dla tego obiecuje téż Schramm nowy szereg doświadczeń dla wyjaśnienia tego pytania. Ustęp tymczasem przez niego przytoczony, jak to już oświadczyłem, odnosi się do pętli jelit nieprzeciętych; chodziło mi bowiem o to w pracy téj, aby wyrównać różnicę wyników doświadczeń Madelunga z mojemi, jak to **wyraźnie** powiadam na wstępie odnośnego oddziału téj pracy. Rozróżniam tam ciągle oddzielanie śródjelicia od przeciętego i nieprzeciętego jelita i to z wielkim naciskiem, bo kazałem te wyrazy drukować rozstawionemi czcionkami. A nawet przy nieprzeciętych jelitach zalecam wielką ostrożność u człowieka: „mimo, że zgadzam się jednak z Madelungiem w zalecaniu wielkiéj ostrożności w odprowadzeniu jelita od swego śródjelicia oddzielonego" (Przegląd Lek. Nr. 20, 1882 r.), bo doświadczenie z jednego lub dwóch przypadków szczęśliwie operowanych nie zdawało mi się dostateczném do twierdzenia wręcz o nieszkodliwości podobnego rękoczynu. Świeży nawet przypadek Schrödera, który odłączył bez złych następstw krezkę w długości 15cm., (Gutsch

wspominał o tém na tegorocznym Zjeździe chirurgów w Berlinie), nie dowodzi niczego, bo sądzić można, że i tu, jak w przypadku Moerickego, nowotwór rozrastając się powoli zmieniał drogi krążenia krwi w jelicie. Że o nieprzeciętém jelicie w méj drugiéj pracy jest mowa, wypowiedziałem jaknajwyraźniéj w pierwszym numerze zestawienia; powiadam bowiem: (Przegląd Lek., Nr. 20, 1882) „Różne klasy zwierząt różnie znoszą oddzielanie **nieprzeciętego** jelita od śródjelicia itd.“ W niemieckiém tłumaczeniu (*Berl. klin. Woch.*, Nr. 38, 1882), które Schramm zacytował, opuszczony jest wyraz „**nieprzecięty**“, mimo to nie może i tam zachodzić wątpliwość, bo w całym tym ustępie mówię tylko o doświadczeniach dokonanych na nieprzeciętych jelitach i do nich zestawienie się odnosi.

Co do mnie więc jestem tak jak już w r. 1881 przekonanym, że nie wolno wcale odłączać przeciętego jelita od krezki, a przy oddzielaniu pętli nieprzeciętych jelit zalecam i teraz wielką ostrożność nawet wtedy, gdyby zachodziła tego konieczność podczas wyłuszczania guzów jamy brzusznéj, w którychto razach, jak przypadek Moerickego i Schrödera dowodzi, człowiek zdaje się wcale dobrze oddzielenie znosi. Ostrożność przez Madelunga i przezemnie już wtenczas zalecana znajduje poparcie przez świeże przypadki zgorzeli pętli jelitowéj oddzielonéj od krezki a spostrzegane przez Lauensteina i niedawno przez Molitora (Karlsruhe). Pytanie to rozstrzygną dopiero dalsze spostrzeżenia przypadków podobnie operowanych; eksperymenta nie mogą wyjaśnić tego pytania tak ważnego dla chirurgii przewodu pokarmowego i dla tego téż nie pokusiłem się wcale co do człowieka wysnuwać wnioski z moich doświadczeń, oparłem te wnioski na przypadkach Moerickego i Madelunga, a teraz dodaję, Schrödera. Moje doświadczenia pouczyły mnie tylko co do królików i psów, a tam nie ulega wątpliwości, że psy lepiéj znoszą oddzielenie nieprzeciętych pętli niż króliki.

II. Z kliniki chirurgicznéj prof. Dra Mikulicza w Krakowie.

Przyczynki do Chirurgii.

VIII.

Trzy przypadki wycięcia macicy przez pochwę. Wyleczenie.

Napisał Dr. H. Schramm
asystent kliniki chirurgicznéj.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 15).

Po uśpieniu choréj ułożono ją jak do cięcia na kamień, ogolono włosy na częściach rodnych; obmyto je podobnie jak i całą pochwę 5% rozczynem karbolu, poczém wprowadzono do pochwy szeroki wziernik rynienkowaty. Teraz ujęto macicę ostremi hakami i ściągnięto ją, o ile to było możebne, ku dołowi i poprowadzono cięcie okrążające cały wrzód na $1^1/_2$ cm. od widocznych jego granic. Po przecięciu błony śluzowéj pochwy, przyczém dość znaczny krwotok zatamowano przez podwiązanie kilku naczyń, oddzielił prof. Mikulicz szyję macicy od otaczających ją części miękkich, odosobnioną część macicy ujęto haczykami ostremi i ściągano ku dołowi. Gdy jednak te, podobnie jak kleszcze Museuxa, wyrywały się często z kruchéj tkaniny, wprowadził prof. Mikulicz do jamy macicy podane przez siebie kleszcze harpunowate a z ich pomocą można było trzymać macicę pewnie i wygodnie. Teraz oddzielono macicę od pęcherza o ile to było możebne palcami i narzędziami tępemi. Było to trudne i mozolne z powodu silnych zrostów wywołanych prawdopodobnie w skutek poprzednich operacyj, jednak wprowadzony do pęcherza cewnik służąc jako wskazówka uchronił od przedarcia ściany pęcherza. Następnie oddzielono tylną ścianę macicy i otworzono tu otrzewnę, któréj brzeg chwycono szwem katgutowym. Przez otwór otrzewnéj ściągnięto trzon macicy ku dołowi a następnie oddzielono prawe więzadło szerokie, podwiązując je częściami za pomocą 8 podwiązek *en masse* z grubego jedwabiu. Mimo ostrożnego zakładania podwiązek przecie krwotok był dość silny, wywołany prawdopodobnie przez przedarcie drobniejszych naczyń przy torowaniu drogi kleszczami Péana przez zbite i przez poprzednie operacyje zmienione tkanki. Krwotok zatamowano przez ucisk paskami gazy jodoformowéj. W ten sam sposób oddzielono więzadło szerokie lewe.

Przy ściąganiu uwolnionéj w ten sposób macicy pokazało się, że do szczytu jéj przyrośnięta była pętla jelit cienkich. Przyczepienie to oddzielono częścią tępo, częścią przez podwiązanie. Po oddaleniu w ten sposób macicy wprowadzono przez pochwę dwa grube sączki sięgające do jamy brzusznéj, poczém całą pochwę wypełniono szczelnie paskami gazy jodoformowéj, obok których wyprowadzono nitki podwiązek na zewnątrz. Wreszcie dla tém pewniejszego zapobiegnięcia krwotokowi założono opaskę uciskającą mocno na brzuch i części rodne zewnętrzne. Operacyja trwała blizko $1^1/_2$ godziny a przez cały jéj ciąg irygowano pochwę 3% rozczynem kwasu karbolowego Wyjęta macica w całości powiększona *(infarctus uteri)*, po rozcięciu jéj pokazało się, że nowotwór sięgał aż do połowy jamy macicznéj.

Po operacyi chorą bardzo mocno osłabioną i niedokrewną umieszczono w łóżku ogrzaném, obłożono ciepłemi kamionkami i co chwila podawano środki podniecające, jak eter, wino i kawę czarną z koniakiem. W pół godziny potém chora przyszła prawie zupełnie do siebie, tętno zaraz po operacyi ledwo macalne poprawiło się znacznie, wynosiło 130 na minutę, kilkakrotne wymioty. Wieczorem tętno 132, ciepłota 39°, wymioty prawie co godzina, znaczny niespokój, bóle w okolicy żołądka. Mocz prawidłowo zabarwiony odprowadzono cewnikiem.

11/12. Stan choréj znacznie lepszy, tętno pełniejsze 120, ciepłota 38·4. Wymioty nie powtórzyły się, tylko od czasu do czasu odbijanie. Chora skarży się na rozdęcie brzucha i ból w dolnéj jego części zwolniono opaskę uciskową, wprowadzono rurkę odbytnicową, poczém odeszła znaczna ilość wiatrów. Jako pokarm podaje się choréj wino, mleko i winną polewkę.

15/12. Stan choréj z każdym dniem lepszy. Ciepłota waha się między 37·8 a 38·9°, tętno 100—120 na minutę. Chora skarży się na osłabienie, drgawki i zrywanie w odnogach, ćmienie w oczach itp. Przeciw tym objawom podano z dobrym skutkiem *Kali bromati*, trzy gramy na dzień.

16/12. Wydobyto z pochwy dwa paski gazy jodoformowéj wcale niecuchnące. Zastósowano lejek Hegara, poczém nastąpił obfity stolec.

20/12. Chora swobodna zupełnie bez gorączki Wydobyto resztę gazy jodoformowéj z pochwy i przestrzykano ją rozczynem octanu glinowego.

22/12. Badanie palcem przez pochwę wykazuje, że jama po wyjęciu macicy jest jeszcze dosyć znaczna. Przestrzykano ją octanem glinowym. Wyjęto 5 podwiązek *en masse.*

27/12. Odeszła reszta podwiązek; w dolnym kącie szpary sromowéj utworzył się mały wrzodzik bardzo bolesny; pokryto go gazą jodoformową, posmarowaną maścią borową.

29/12. Z pochwy dobywają się jeszcze śród przestrzykiwania strzępki obumarłe dość mocno cuchnące, dlatego wstrzykuje się do pochwy mięszaninę jodoformu z gliceryną 1:20.

30/12. Ciepłota 38/4. Przedramie prawe obrzmiałe, mocno zaczerwienione i bolesne; okłady wysychające z octanu glinowego.

2/1 1883. Z pochwy nie ma żadnéj prawie wydzieliny, obrzmienie na przedramieniu ustąpiło zupełnie; natomiast utworzył się na wardze sromnéj lewéj ropień wielkości orzecha, który otwarto.

6/1. Ropień na wardze zgojony. Badanie palcem przez pochwę wykazuje, że jama po wycięciu macicy wypełniła się prawie zupełnie, tylko na przestrzeni 4 centów znajduje się jeszcze miejsce pokryte miękkiemi nie krwawiącemi brodawkami. Operowana wstaje z łóżka.

14/1. Stan ogólny zupełnie zadowalający. Przy badaniu pochwy wziernikiem znaleziono na samym jéj szczycie lejkowato zaciągniętym miejsce brodawkujące wielkości centa. Przypalono je lapisem.

17/1. Miejsce brodawkujące znacznie mniejsze przypalono termokauterem i w tym stanie operowana opuściła klinikę.

Według wiadomości otrzymanéj dnia 20 kwietnia rb. zatém w $4\frac{1}{2}$ miesiąca po operacyi, stan operowanéj jest zupełnie pomyślny, recydywy nie ma ani śladu.

III. Adela Z., łat 44 licząca, mężatka ze Lwowa. Ze zdrowéj pochodząca rodziny, nie przebywała żadnych ważniejszych chorób. Pierwsza regularność pojawiła się w 15 roku życia i odtąd bywała zawsze prawidłowa. Odbyła jeden prawidłowy poród, dziecko zupełnie zdrowe. W początkach grudnia r. 1882 zaczęły jéj dokuczać bóle w krzyżach i podbrzuszu, wkrótce wystąpiły białe upławy i krwotoki z pochwy, powtarzające się po kilka razy na miesiąc. Z tego powodu chora przybyła szukać pomocy w klinice prof. Mikulicza.

Stan choréj w dniu przyjęcia, tj. 17 lutego rb., był następujący: Kobieta wzrostu miernego dobrze zbudowana i dosyć dobrze odżywiona, skóra i błony śluzowe blade. W narządach wewnętrznych nie ma zmian żadnych. Badanie pochwy wykazuje na tylnéj jéj ścianie mniéj więcéi na 6 cm. od ujścia owrzodzenie, szerzące się na całe tylne sklepienie, zajmujące wargę tylną macicy i sięgające do jéj szyi. Przednia warga zgrubiała pokryta błoną śluzową gładką, tylko nieco obrzmiałą. Powierzchnia wrzodu brodawkowata, łatwo krwawiąca, podstawa twarda, macica cokolwiek powiększona, ruchoma. Mieliśmy więc do czynienia z rakiem pochwy, który już się rozszerzył na część pochwową macicy a w obec takiego stanu rzeczy postanowił prof. Mikulicz wykonać amputacyję nadpochwową (według S c h r o e d e r a), będąc jednak przygotowany na wycięcie całéj macicy, gdyby podczas operacyi pokazało się, że nowotwór sięga daléj, niż to się na pozór wydawało.

Po odpowiedniém przygotowaniu choréj, tj. po daniu jej kąpieli i środka przeczyszczającego, przystąpił prof. Mikulicz do operacyi dnia 18 lutego rb. Po uśpieniu choréj i ułożeniu jéj jak do cięcia na kamień ogolono włosy na wzgórku łonowym i wargach sromnych, obmyto całą okolicę jak najdokładniéj 5% rozczynem kwasu karbolowego; którym także wypłókano kilkakrotnie całą pochwę. Następnie założono rynienkowaty wziernik Simsa, a ułatwiwszy sobie jeszcze przystęp do pochwy przez odciągnięcie hakami tępemi jéj ścian bocznych, okroił prof. Mikulicz błonę śluzową na tylnéj ścianie pochwy na 1 cm. od granic znajdującego się tamże owrzodzenia. Kilka strzykających naczyń podwiązano zaraz katgutem i od téj chwili skrapiano pochwę bez ustanku przez cały ciąg operacyi 3% rozczynem karbolu. Następnie oddzielił prof. M. nowotwór od swéj podstawy przecinając poszczególne pasma między dwiema podwiązkami i podwiązując natychmiast każde krwawiące naczynie. Gdy nowotwór tym sposobem został oddzielony aż do szczytu tylnego sklepienia, okroił prof. M. błonę śluzową na przedniéj wardze macicy i oddzielił ją równie aż do wysokości szyi macicy. Po następném uwalnianiu tylnéj ściany macicy pokazało się, że nowotwór sięgał tak daleko, że w celu usunięcia go konieczném było otworzenie otrzewny. Gdy się to stało, postanowił prof. M. wyluszczyć całą macicę, gdyż w razie pozostawienia kawałka jéj w małéj miednicy, rana byłaby więcéj powikłaną, zatém i gojenie trudniejsze niż po zupełném usunięciu macicy. Z tego więc powodu oddzielono jeszcze wyżéj przednią i boczną ścianę macicy, przecinając połączenia ich z sąsiedniemi częściami między dwiema podwiązkami *en masse,* tętnicę maciczną podwiązano nadto osobno po obu stronach. Następnie wbito haczyk ostry w tylną ścianę macicy i ściągnięto ją przez jamę Douglasa ku dołowi, przyczém napotkano na niejakie trudności z powodu umieszczonego w tylnéj ścianie macicy mięśniaka wielkości jaja kurzego. Po ściągnięciu trzonu macicy oddzielono z łatwością pozostałe jeszcze przyczepienie macicy, przecinając je również między dwiema podwiązkami z grubego jedwabiu, których razem założono 12.

Po oddaleniu macicy wprowadzono gruby sączek, sięgający aż do jamy brzusznéj; całą pochwę wypełniono szczelnie paskami gazy jodoformowéj, obok których wyprowadzono nitki podwiązek na zewnątrz. Cała operacyja trwająca $1\frac{3}{4}$ godziny odbyła się, jak to już wyżéj wspomniałem, pod ciągłą irygacyją 3% rozczynem kwasu karbolowego.

Chorą obłożono ciepłemi prześcieradłami odniesiono na salę i podawano jéj wino i czarną kawę.

Macica wyjęta prawidłowych rozmiarów; w tylnéj ścianie znajduje się mięśniak wielkości jaja kurzego, warga tylna zajęta wrzodem nowotworowym, który sięga prawie do ujścia wewnętrznego, ku tyłowi zaś aż do wysokości przyczepienia się otrzewny do macicy. Przebieg po operacyi w tym przypadku był rzeczywiście idealny. Z wyjątkiem dwukrotnych wymiotów w pierwszym dniu, chora nie doznawała przez cały ciąg leczenia żadnych dolegliwości. Ciepłota z wyjątkiem trzeciego dnia, w którym podnosiła się do 38·3, była zawsze prawidłowa. Dnia 25/2 wyjęto z pochwy część gazy jodoformowéj i przestrzykano pochwę 3% rozczynem karbolu. Resztę gazy oddalono dnia 28 lutego, tj. w 10 dni po operacyi i zaczęto wstrzykiwać do pochwy raz na dzień mięszaninę jodoformu z gliceryną 1:20.

Dnia 6 marca odeszły dwie podwiązki, reszta trzyma się jeszcze mocno.

Badanie pochwy 13 marca wykazało, że jama po wyjęciu macicy prawie zupełnie się wypełniła. Podwiązki trzymają się jeszcze mocno. Nazajutrz, tj. w 25 dni po operacyi, chora opuściła klinikę, mając polecone oddanie się w dalszą opiekę lekarską w domu aż do odejścia ostatnich podwiązek i przedstawienie się w klinice z końcem kwietnia rb.

(Dokończenie nastąpi).

III. Z oddziału chorób wewnętrznych docenta Dra S. Pareńskiego w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Przypadek otrucia nastojem jodowym.

Opisał Dr. J. Gwiazdomorski.

Dnia 12 marca 1883 o godz. 9éj wieczór przywieziono do szpitala chorego nieprzytomnego J. C., czeladnika krawieckiego, liczącego lat 22. Od otoczenia chorego można się było tylko dowiedzieć, że pacyjent miał nigdy nie cierpieć na drgawki, że w ostatnich czasach uskarżał się tylko na ból zębów i z tego powodu kupił sobie jakieś lekarstwo do nacierania dziąseł, i że to lekarstwo prawdopodobnie zażył wewnętrznie i to przed godziną.

Pacyjent dobrze zbudowany i odżywiony; powłoki ogólne prawidłowo zabarwione, tylko około ust i nosa miernie zaczerwienione. Ciepłota niepodwyższona. Chory całkiem nieprzytomny ma drgawki kloniczne, silne, w których udział biorą mięśnie tułowia, karku i odnóg górnych. Drgawki te trwają bez przerwy, lecz nasilenie ich jest już to mniejsze, już też to większe. W chwili największego nasilenia stos kręgowy wygina się mocno ku tyłowi, tak, że chory opiera się o posłanie tylko wierzchołkiem głowy i pośladkami; równocześnie znieruchomione i napięte są wszystkie mięśnie klatki piersiowéj a odnogi górne podniesione nieco po nad poziom brzucha okazują napięcie mięśni tylko do stawu łokciowego tak, że dłonią chorego i ręką można wykonywać ruchy bierne. Podobnież mięśnie odnóg dolnych, nawet w chwili największego nasilenia drgawek, nie są tak napięte, aby przy użyciu pewnéj siły nie można było wykonywać niemi pewnych ruchów biernych. Natomiast mięśnie żucia (głównie oba *mm. masseter.*) są nawet podczas pauzy stale skurczone i tak napięte, że żadną miarą szczęk rozewrzeć nie można, słowem jest wyraźny szczękościsk. Mięśnie karku tylko w chwili największego nasilenia drgawek są napięte, a już po chwili można głową chorego dowolnie obracać. Wargi są rozwarte a usta białą pianą pokryte. Opisane nasilenie drgawek w formie prężenia przytoczonych wyżéj grup mięśni powtarza się co 4—8 minut i trwa 1—3 sekund. Czasem chory w drgawkach układa ręce na brzuchu w ten sposób, jakby uczuwał silny ból w dołku podsercowym. Drgawkom towarzyszą jęki już to słabsze, już też to silniejsze. O ile czucie jest utrzymane, w obec nieprzytomności chorego z pewnością orzec nie można; na nakłucia szpilką, chociaż silne, chory nie oddziaływa wcale. Oczy przymknięte; po rozwarciu powiek widać gałki oczne w ciągłym choć powolnym ruchu z osiami zwróconemi ku górze. Źrenice obie jednako miernie wąskie nie okazują żadnéj reakcyi. Tętno waha się między 92—112 na minutę, jest dość regularne, miernie twarde i pełne. Oddechów płytkich około 36 na minutę. Narządy klatki piersiowéj i brzucha nie okazują zmian chorobowych przysłuchowych ani wypukowych. Przy macaniu brzucha widać pewną reakcyję, wskazującą bolesność dołka podsercowego. Przy silnym ucisku brzucha poniżéj pępka drgawki stają się rzedsze i słabsze. Odruchy Westphala utrzymane. Pęcherz moczowy wypełniony do połowy odległości między pępkiem a spojeniem kości łonowych. Mocz odprowadzony cewnikiem jest barwy jasno-winowéj, oddziaływa kwaśno, nie zawiera białka, chlorki prawidłowe.

W obec powyższego wyniku badania ścisłe rozpoznanie było na razie niemożebne. Najwięcéj objawów przemawiało za otruciem; jakiego jednak rodzaju otrucie zaszło, trudno było orzec.

Leczenie zastosowano na razie następujące: wstrzyknięcie podskórne morfinu 0·02 w celu usunięcia lub przynajmniéj zmniejszenia nasilenia drgawek. Cel ten osiągnięto tylko w części, ile że drgawki stały się mniéj częstemi i słabszemi. Podejrzywając otrucie chciano wprowadzić do żołądka leki wymiotne, co w obec ciągle trwającego szczękościsku było niemożebném. Chciano więc znieść tę przeszkodę przez uśpienie chloroformem; lecz dwukrotne usiłowania sprowadziły tylko ustanie oddechów i słabnięcie tętna, z czém walczyć następnie musiano. Wstrzyknięto więc podskórnie 0·005 apomorfinu, wymioty jednak mimo to nie nastąpiły. Ograniczono się więc do podawania zimnych okładów na głowę i obserwacyi. W czasie dotychczasowych usiłowań leczniczych, t. j. w ciągu 2—3 godzin, stan chorego nieco się polepszył. Drgawki powracały już co kilka sekund a następnie co minuta, ich nasilenie było mniejsze, tętno tylko chwilowo pod działaniem chloroformu było przyspieszone i nieco pełniejsze a miększe. Oddechy stawały się głębszemi i regularniejszemi. Przez następne 3 godziny polepszenie postępowało w ten sposób. Rano zastaliśmy chorego jeszcze bez przytomności, w drgawkach tych samych grup mięśni, lecz bez porównania słabszych i powracających co 5—10 minut. Oddech tylko nieco przyspieszony o dość wyraźnéj woni jodu. Tętno 88 regularne i dobre, ciepłota niepodwyższona. Źrenice jednako szerokie oddziaływają choć leniwo na światło. Chory oddziaływa trochę na ukłucie szpilką. Szczękościsk ustąpił. Na wewnętrznéj powierzchni warg żółtawe, stwardniałe wysepki. Wymiotów, ani stolca, ani moczu nie ma. Wprowadzono choremu do ust szklankę mleka po łyżce. Odprowadzono mocz cewnikiem, gdyż pęcherz sięgał prawie do pępka; wynik badania moczu jest jak wczoraj. Tym razem jednak zrobiono próbę na jod a gdy wystąpiła znana reakcyja, powtórzono tę samą próbę z moczem wczoraj odprowadzonym, gdzie sądząc po reakcyi ilość jodu musiała być jeszcze większą. Około południa chory odzyskał przytomność, lecz jeszcze nie mógł mówić i ruchami wskazywał na ból przy usiłowaniu mówienia. Błona śluzowa ust a przedewszystkiém połyku, migdałków i łuków bardzo mocno zaczerwieniona, nierówna, jakby piaskiem drobnym posypana, miernie obrzmiała i bolesna. Ból w dołku żołądkowym i wzdłuż stosu kręgowego w piersiach (*oesophagus*). Odtąd polepszenie postępuje ciągle a dalszy przebieg nie budzi zajęcia.

Dodać mi tylko wypada daty anamnestyczne, które późniéj od chorego otrzymałem. Pochodzi on z rodziny zdrowéj. Sam dotąd nie przebywał żadnych chorób cięższych. Drgawek ani żadnych chorób nerwowych nigdy nie miewał. W ostatnich tygodniach cierpiał na ból zębów (obecnie sporo osadu twardego wapiennego na zębach, dziąsła rozpulchnione) i z tego powodu nacierał dziąsła nastojem jodowym bez innych domieszek, a sądząc, że aby osiągnąć lepszy skutek nie źle będzie popłukać tymże płynem usta, wziął o godz. 8éj wieczór, po skromnéj wieczerzy, około 10 grm. nastoju jodowego, t. j. około 0·56 szczerego jodu, do ust, uczuł dotkliwie jego smak metaliczno-piekący, nie mógł go już jednak wypluć, więc połknął. Co się z nim daléj działo, o tém nic powiedzieć nie umie, gdyż utracił całkiem przytomność i odzyskał ją dopiero na drugi dzień około południa w szpitalu.

Zajmującym jest w tym przypadku przebieg kliniczny otrucia, którego obraz był prawie wprost przeciwny opisanym dotąd. Według Böhma *(Handbuch d. Intoxicationen* w *Ziemssena Handb. d. spec. Pathol. u. Ther.* II wyd. 1880). charakterystycznemi objawami otrucia ostrego nastojem jodowym są: wymioty lub gwałtowne nudności z ruchami wymiotnemi przepony, występujące bardzo rychło po zażyciu i utrzymujące się albo przynajmniéj bardzo łatwe do wywołania przez usiłowane spożycie jakiegoś pokarmu; w wymiocinach wykazać można jod. W przeciągu paru do kilku godzin powstaje i wzmaga się znaczne osłabienie i obojętność, twarz blednieje, odnogi chłodną, tętno słabnie coraz więcéj, wreszcie jest tylko na grubszych i bliższych serca tętnicach wyczuwalne, bardzo przyspieszone (około 170 na minutę). Objawom powyższym towarzyszy zazwyczaj zupełna anuryja a natomiast dość silne rozwolnienie. Z naciskiem podnosi Böhm brak objawów cięższych ze strony układu nerwowego i zgodność pod tym względem obserwacyi Rosego (*Virchow Archiv f. pathol. Anat.* XXXV 1866) (śmierć po 8 dniach w skutek wstrzyknięcia 150 grm. nastoju jodowego do worka jajnika) i Hermanna *(Petersburger med. Zeitschrift* XV) (otrucie przez zażycie dwóch uncyj nastoju jodowego), na których najgłówniéj w opisie swym się opiera. Podobnież opisuje przebieg kliniczny otrucia Bernatzik *(Real Encyklopedie.* „Jod." 1881), opierając się także na przypadkach przytoczonych przez Böhma. Schroff (*Handb. d. Pharmacologie* IV wyd. 1873) i Nothnagel *(Handb. d. Arzneimittellehre* IV wyd. 1880) mówią toż samo w swych podręcznikach farmakologicznych.

Ten sam opis podają również Weber (*Lehrb. d. prakt. Toxicologie.* Stuttgart 1880), Hermann *(Lehrb. d. experiment. Toxicologie.* Berlin 1874) i Falk *(Lehrb. d. prakt. Toxicologie.* Erlangen 1869) w swych podręcznikach toksykologii. Niczego więcéj nie dowiadujemy się wreszcie z dzieł medycyny sądowéj Maschki (*Handb. d. gerichtl. Med.* Tübingen 1881), Hoffmanna (*Lehrb. d. gerichtl. Med.* Wien 1881), Caspera *(Handb. d. gerichtl. Med.* Berlin. 1881) jedynie Orfila (*Lehrb. d. gerichtl. Med.* IV, wyd. T. III. Tłum. Dra Kruppa 1850), w opisie otrucia nastojem jodowym wspomina także krótko i ogólnikowo o drgawkach, nie przytaczając jednak obserwacyi dotyczącéj. Słowem z przypadków znanych dotąd w literaturze otrucia nastojem jodowym autorowie uwzględniają tylko dwa (Rosego i Hermanna), których przebieg kliniczny zgodny podałem wyżéj w streszczeniu według Böhma. Tylko niektórzy z nich, podając wyniki doświadczeń robionych na zwierzętach, wspominają o drgawkach (Orfila i Böhm), lecz tylko bardzo krótko i ogólnikowo.

Otóż w naszym przypadku nie było wymiotów, co więcéj nie można ich było wywołać ani przez drażnienie połyku, ani przez wstrzyknięcie podskórne 0·005 apomorfinu. Nie obserwowaliśmy daléj ani znacznego przyspieszenia, ani znacznego osłabienia tętna, têm mniéj szczególniejszéj bladości twarzy, odnóg chłodnych itd. Anuryi również w naszym przypadku nie było, tylko wstrzymane wydalenie moczu; w dwie godziny bowiem po zażyciu nastoju jodowego wypuszczono już przeszło pół litra moczu, a w dziesięć godzin późniéj znów do pół litra moczu. Rozwolnienia wcale nie było i dopiero w 24 godzin po zażyciu trucizny miał chory stolec prawidłowy. Natomiast objawy ze strony narządu nerwowego niedostrzegane dotąd przez autorów były w naszym przypadku głównemi i dominującemi. Tu należą przedewszystkiém drgawki opisane powyżéj szczegółowo. Daléj zupełna utrata przytomności, szczękościsk, brak odczuwania i oddziaływania nawet na silniejsze bodźce, jak ukłucia silne szpilką, skrapianie piersi zimną wodą itp. Daléj brak reakcyi tęczówek; wreszcie wstrzymane wydalenie moczu. W obec tak wyraźnéj sprzeczności między dotychczasowemi obserwacyjami a obserwacyją naszego przypadku zachodziła wątpliwość, czy chory rzeczywiście zażył nastój jodowy, jaką była jego ilość i czy tenże nie zawierał jakich domieszek. Na żądanie przyniesiono więc flaszeczkę, w któréj znajdowało się owo lekarstwo; zapytałem chorego, gdzie je kupował, i w podanéj aptece stwierdziłem, że rzeczywiście sprzedano temuż choremu szczerego nastoju jodowego, bez domieszek, 15 grm. Ponieważ zaś we flaszce pozostało jeszcze około 5 grm. przeto chory zażył około 10 grm.

Co do pytania, jaka dawka nastoju jodowego zażytego wewnętrznie jest śmiertelną, zdania są bardzo podzielone. Farmakopea austryjacka podaje jako dawkę największą 0·03 a 0·12 na dzień; farmakopea zaś niemiecka 0·02 a 0·08 na dzień. Mourson *(Recherches sur les températures. Journ. de thérapeutique* 1882. Octobre), podawał ozdrowieńcom po durze 1·50 nastoju jodowego dziennie bez złych następstw Magendie zażył sam raz 1·50 bez najmniejszéj przykrości. Husemann twierdzi, że już jedna drachma (4·30) nastoju jodowego jest dawką śmiertelną. Orfila (l. c.), opierając się na własnych doświadczeniach robionych na zwierzętach, przypuszcza jako dawkę śmiertelną 1—3 drachm (4—13 grm.) nastoju jodowego; szkodliwe jednak następstwa odnosi do działania wyskoku (!?). Notuje on także, choć z pewném niedowierzaniem, że według Jonsona 50—55 grm. nastoju jodowego zażyte w przeciągu krótkiego (?) czasu nie wywołały złych następstw. Weber (l. c.) wreszcie podaje jako dawkę śmiertelną 35 grm. Uwzględniając taką różność zdań należy chyba przypuścić, że nie brano zazwyczaj w doświadczeniach w rachubę ani jakości ani ilości pokarmów zjedzonych i znajdujących się w żołądku. To téż najwięcéj pouczającemi są doświadczenia Böhma (l. c.) czynione na zwierzętach, którym wstrzykiwał bez złych następstw 0·2—0·03 szczerego jodu w rozczynie podwójnéj ilości jodku potasu na kilogram wagi ciała zwierzęcia. Dorosły więc człowiek ważący około 70 kilogramów może sobie bez złych następstw wstrzyknąć w żyłę 1·40—2·00 szczerego jodu (odpowiada to około 25 grm. nastoju jodowego) w powyższym rozczynie. Dopiero dawkę dwa razy większą uważa Böhm za śmiertelną. Jakie objawy wywołała w naszym przypadku dawka 10 grm. nastoju jodowego (czyli około 0·60 szczerego jodu), podałem wyżéj.

Do ogłoszenia tego przypadku skłoniła mnie z jednéj strony rzadkość tego otrucia w ogóle, z drugiéj strony podane wyżéj sprzeczności obserwacyi; przyznaję jednak, że przypadek ten traci na wartości z powodu braku oględzin pośmiertnych, braku oznaczenia stosunku ilości zażytéj do ilości wydalonéj, oznaczenia trwania i dróg wydalania jodu itp., co wszystko w danym przypadku i w danych okolicznościach wykonać się nie dało.

IV. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od r. 1879 do 1882.

Podał Dr. Emanuel Rosenblatt.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 15).

II. Drgawki odruchowe

spostrzegano tylko 5 razy i to w przypadkach zboczeń w na-

rządzie trawienia, a mianowicie w 3ch przypadkach nieżytu jelit przewłocznego, w 1ym przyp. zapalenia jelit mieszkowego i w 1ym przyp. w skutek obecności glist w trzewach. Wiek wszystkich dzieci nie przekraczał lat 2ch, najmłodsze liczyło 3 miesiące, najstarsze 1½ roku. Troje dzieci okazywało objawy krzywicy, w okresie przerzynania się zębów nie znajdowało się żadne. Ponieważ w pierwszych czterech przypadkach ukończyła się choroba główna śmiercią, można było wykonać sekcyję, która atoli pod względem zboczeń w narządzie mózgowordzeniowym zupełnie ujemny dała wynik. Podaję tu pokrótce przypadki tak, jak je spostrzegaliśmy:

a) W nieżycie jelit przewłocznym.

1) Franciszek Turcza, chłopiec 3 miesięczny, miernie odżywiony ze zboczeniem w odżywieniu krzywiczém przyjęty do szpitala 15 kwietnia 1880. Wywiady: Cierpi od dwóch tygodni na silne rozwolnienie; stolce zielonkowate, flegmiste, mocno cuchnące, oddawane w ilości nie zbyt skąpéj, średnio na dobę 12 do 14 razy. Stan obecny: Czaszka czworokątna, guzy czołowe wybitne, z powodu zasunięcia się potylicy pod kości ciemieniowe, szew deltoidowy wyraźny, szew wieńcowy mniéj wyraźny, lecz zawsze łatwo macalny. Narządy klatki piersiowéj prawidłowe. Brzuch wysklepiony znacznie, powłoki napięte lecz niebolesne, śledziony wymacać nie można. Rozwolnienie. Stan bezgorączkowy. 16/4 ciepłota ranna 37·0, drgawki mięśni twarzowych i odnóg górnych krótkotrwające, przerywane, o miernem tylko natężeniu, jednostajne co do obydwu połów ciała, późniéj śpiączka, powieki w pół przywarte, gałki oczne ustawione skurczowo w dal, ręce w kułak zaciśnięte. Wypróżnień stolcowych żółtych 10. Od 17go kwietnia do 21 nie było napadu drgawek, rozwolnienie utrzymywało się w jednakowym stopniu, 21/4 drgawki przerywane mięśni twarzy a późniéj i odnóg trwające około pół godziny, bez podwyższenia ciepłoty z następową śpiączką. 28/4 wystąpiła bąblica a 5/5 śmierć śród ustawicznie postępującego wyniszczenia.

Sekcyja wykonana 6/5 wykazała: *Catarrhus intestini tenuis chronic. subs. insigni gland. mesaraic. hyperplasia. Marasmus et anaemia universal.*

2) Antoni Witek, chłopiec 1-roczny, źle odżywiony, przyjęty 25 kwietnia 1880 z nieżytem jelit. Kościec prawidłowy, tkanka podskórna zanikła, gruczoły karkowe i pachwinowe przerosłe. Klatka piersiowa wąska, z tyłu i u dołu po stronie lewéj stłumienie odgłosu wypukowego, szmery oddechowe słabiéj słyszalne. Brzuch napięty, śledziona macalna, rozwolnienie, wypróżnień stolcowych 5 do 6 w ciągu doby. Stan bezgorączkowy.

2/5. Na szyi, karku, grzbiecie i dolnéj części brzucha widać rozsiane bąble dochodzące wielkości orzecha laskowego, utworzone z podniesionego przyskórka a zawierające płyn surowiczy brudno-żółty. Stolce częstsze flegmiste, w ilości 10 na dobę. 6/5 drgawki ogólne, poprzedzone wykrzywianiem twarzy, trwające około 2 godzin. Ciepłota prawidłowa. W płucach liczne rzężenia; 7/5 sinica miernego stopnia, zapad i śmierć o godzinie 8 rano.

Sekcyja 8/5. *Bronchitis diffusa purulenta, atelectasis lobi inferior. pulmonis sin. Oedema acutum pulmonum. Melanosis lienis. Catarrhus intestini tenuis et crassi chronic., hyperplasia gland. mesaraicarum.*

3) Kazimierz Nowak, chłopiec 10-miesięczny, źle odżywiony ze zboczeniem w odżywieniu krzywiczém, przyjęty 28 czerwca 1881 z rozległym nieżytem oskrzelowym i objawami przewlekłego nieżytu jelit. Zanik podściółki tłuszczowéj, zwłaszcza na pośladkach i udach, obrzęk gruczołów chłonnych w pachwinach, liczne chłoniaki na skórze brzucha. Brzuch wzdęty, niebolesny zawiera mierną ilość płynu wolnego. Stolce częste, jasno-żółte z małą domieszką śluzu. Ciepłota prawidłowa. Od czasu przyjęcia aż do 18 lipca bywa przeciętnie po 4 do 8 stolców na dobę, pomimo podawania kotoiny w ilości 0·02 co 3 godziny i odwaru salepu z 3ma kroplami *Trae laudani* i *1·0 Trae Ratanhae.*

19/7 drgawki mięśni twarzy i odnóg górnych wystąpiły kilkakrotnie w ciągu przedpołudnia a o godzinie 2éj po południu śmierć.

Sekcyja 20/7: *Catarrhus intestini tenuis chronicus, hyperplasia gland. mesaraic. insignis. Marasmus universalis.*

b) W zapaleniu jelit mieszkowém.

1) Wincenty Koszala, chłopiec 1½-letni, miernie odżywiony, przyjęty do szpitala 14 sierpnia 1880 z rozwolnieniem częstém treścią skąpą flegmistą, połączonêm z parciem bolesném. Ciepłota nieco podwyższona r. 37·8°C. Narządy klatki piersiowéj prawidłowe, rozstęp mięśni prostych brzucha, obmacywanie brzucha bolesne. Stolców dziennie średnio po 6—7; 19/8 obrzęk surowiczy stóp; 24/8 zapad, zgrzytanie zębami, jęczenie, drgawki ogólne kloniczno-toniczne, przeważnie odnóg górnych, zwłaszcza prawéj, trwające do 5 minut a powtarzające się w odstępach nieregularnych od 5ciu minut do pół godziny. Mięśnie gałek ocznych wolne. Śmierć po 3ch godzinach o godzinie 12 w południe.

Sekcyja 25/8: *Enteritis coli descendentis ulcerosa, residua post catarrhum intestin. tenuis chronic., hyperplasia glandul. mesaraicar.*

c) W czerwiwości.

1) Ludwik Odrzywołek, chłopiec 1-roczny, dość dobrze odżywiony, przyjęty 11 listopada 1879. Czaszka budowy krzywiczéj, zgrubienie nasad kości długich, mięśnie wiotkie. Od tyłu i dołu klatki piersiowéj po stronie prawéj i w pasze odgłos wypukowy krótszy, szmery oddechowe słabiéj słyszalne, rzężenia różnobańkowe. Brzuch wysklepiony, śledziona niepowiększona. Nie ma gorączki. Trawienie prawidłowe.

14/11. Dziecię niespokojne, czkawka, sen z otwartemi powiekami. Źrenice szerokie. Tętno nikłe, c. 37·0°C., stolców kataralnych 3. Po południu drgawki, głównie i przeważnie mięśni twarzowych i gałek ocznych. Po półgodzinnêm zaledwo trwaniu ustały drgawki, śpiączka jednak i niepokój się utrzymywały; 15/11 dziecię spokojne, nie zdradza zachowaniem się żadnéj dolegliwości. Wypróżnień stolcowych 2. Apetyt dobry; 26/11 występują wyraźne objawy zapalenia nieżytowego płuca prawego, ciepłota 39·1°C., stłumienie odgłosu wypukowego z tyłu od szczytu do połowy łopatki, trzeszczenia, wydech przedłużony, chuchający. Równocześnie rozwolnienie a ze stolcami wychodzą liczne glisty, które skutkiem wysokiéj ciepłoty ustrój chorego opuszczają. Przebieg zapalenia płuca był łagodny, lecz dla nabytéj późniéj jeszcze ospicy opuścił zakład dopiero 20 stycznia 1880. Drgawki więcéj już się nie powtórzyły.

Z uwagi, iż dla drgawek w przypadku niniejszym żadnéj innéj podstawy nie było można wynaleźć, gdyż nastąpiły one podczas zupełnego zdrowia dziecka, bo obecnemu wprawdzie zboczeniu w odżywieniu krzywiczemu nie towarzyszyły zaburzenia ze strony narządu trawienia, nie nastąpiły wśród podwyższenia się ciepłoty ciała, ograniczały się głównie do mięśni twarzy a były poprzedzone niespokojem, czkawką i rozszerzeniem źrenic, poczytano je za odruchowe i przypuszczono, iż powstały w skutek zadrażnienia nerwów

czuciowych w jelicie przez obecne tam czerwie. Przypuszczenie to zyskało wiele prawdopodobieństwa, gdy wkrótce potém wśród podwyższenia się ciepłoty, odpowiadającego zapaleniu płuca, poczęły glisty ze stolcami odchodzić; a to tém więcéj jeszcze, iż w tym właśnie okresie, t. j. przy nagłém podwyższeniu ciepłoty, w zapaleniu szczytowém płuca u owego dziecka dotkniętego krzywicą, napad drgawek nie wystąpił. Dla tego téż nie waham się drgawki w przypadku niniejszym spostrzeżone zaliczyć między przypadki drgawek w skutek czerwiów powstałe, choć wielu pedyjatrów, a między nimi nawet Bednar i Steiner, możliwości t. zw. *Eclampsia helminthica* zaprzecza.

Zbyt szczupła ilość drgawek odruchowych przez nas spostrzegana nie dozwala nam wysnuć jakichkolwiek wniosków pod względem sposobu ich powstawania, przebiegu i rokowania; zauważyłem tylko, że wystąpiły nagle u dzieci bardzo młodych, bo niżéj 2 lat, przebiegały bez podwyższenia ciepłoty, trwały po większéj części krótko, że przypadki odpowiednie z wyjątkiem ostatniego zakończyły się śmiercią, a sekcyja nie wykazała żadnych zmian w ośrodkach nerwowych ani też i w narządach innych, prócz narządu trawienia, przez co rozpoznanie drgawek jako odruchowe ze strony narządu pokarmowego w zupełności się stwierdziło.

Pomijając rozróżnienie drgawek czynnościowych od drgawek symptomatycznych, zależnych od cierpień ośrodków nerwowych zmysłom spostrzedz się dających, które nie zawsze jest tak łatwém, jak to niektórzy podają, daléj rozróżnienie drgawek czynnościowych od padaczki i macinnictwa, zastanówmy się nad tém, czy istnieją jakie cechy odrębne, po których odróżnić można drgawki odruchowe od drgawek krwiotwórczych. I tak np. pod względem wieku wystąpiły drgawki krwiotwórcze na 36 przypadków 23 razy u dzieci powyżéj lat 2, podczas gdy drgawki odruchowe zauważyliśmy tylko u dzieci niżéj lat 2. Co do zboczenia w odżywieniu krzywiczego przypadało na drgawki krwiotwórcze przypadków 11, podczas gdy na drgawki odruchowe 3 przypadki. Wystąpienie samychże drgawek zarówno było nagłém i niespodziewaném, niepoprzedzoném żadnemi przypadami ze strony narządu nerwowego, tak w jednéj jak i drugiéj postaci, w obydwu razach bywały drgawki z małemi wyjątkami przerywanemi, obejmowały głównie mięśnie twarzy i odnóg górnych, natężenie ich może w postaci krwiotwórczéj było znaczniejsze, a czas trwania pojedyńczego napadu dłuższy. W obydwu razach atoli powtarzały się atypicznie i przebiegały z utratą przytomności. Co się tyczy ciepłoty ciała to podwyższenie takowéj nie bywało wprawdzie s t a l e w drgawkach krwiotwórczych, znajdowało się jednak w przeważnéj liczbie przypadków, podczas gdy nie zauważono takowego nigdy w drgawkach odruchowych. Po drgawkach krwiotwórczych zauważyliśmy czasem porażenia czynnościowe, po odruchowych zaś nie. Jednakowo niepomyślnie kończyły się tak przypadki drgawek krwiotwórczych jak i odruchowych. Widzimy zatém, iż rozróżnienie obydwu tych postaci drgawek na słabéj opiera się podstawie, gdyż nie ma żadnych cech, któreby jednéj tylko postaci wyłącznie odpowiadały, dla tego też do rozpoznania jakości drgawek w danym przypadku dojść dopiero możemy na drodze wykluczania, przyczém przedewszystkiém pamiętać powinnismy o drgawkach krwiotwórczych jako najczęstszych we wieku dziecięcym, choćby nawet i ciepłota ciał nie była jeszcze podwyższoną. Dopiero po wykluczeniu chorób zakaźnych wysypkowych, zapaleń ostrych narządów oddechania i wydzielania moczu a dalej chorób zaraźliwych z umiejscowieniem na błonach śluzowych pomyśleć można o drgawkach odruchowych, tém bardziéj, jeżeli dziecko przedstawia objawy krzywicy, liczy mniéj aniżeli lat 2 i zupełném poprzednio cieszyło się zdrowiem. Że istnieją nakoniec przypadki, w których drgawki zarówno może następują w skutek zmiany w narządzie krążenia jak i podrażnienia nerwów obwodowych czuciowych, w których zatém ściśle rozpoznanie zupełnie jest niepodobném, wspominać tu nie potrzebuję. (C. d. n.)

V. Prąd przerywany w moczeniu dzieci nocném [1]).

Napisał Dr. **Kwieciński** w Oświęcimiu.

Jeżeli nieraz powagi naukowe zaniepokajają cały świat lekarski i nielekarski reklamą dla środków, które po krótkim czasie idą w słuszne zapomnienie, to może nie mniéj zasługuje na podanie do wiadomości publicznéj nie nowy środek, jakim jest elektryczność w cierpieniu wprawdzie nie niebezpieczném lecz nader przykrém dla chorych i otoczenia, jakiém jest moczenie nocne u dzieci.

Cierpienie to nie ustępuje nieraz żadnemu z licznych polecanych środków wewnętrznych i dyjetetycznych, a o prądzie elektrycznym niektórzy, jak Steiner, wcale nie wspominają, inni z dostępnych mi autorów podając, że ma skutkować bardzo świetnie, odstręczają od stósowania go wielkiemi trudnościami używania go u młodych chłopców. I tak w elektroterapii swéj pisze prof. D o m a ń s k i: „Elektryczność ma niekiedy skutkować bardzo świetnie, chociaż trudno ją zastósować u młodych chłopców“; L e b e r t w Ziemssen'a *Handbuch der spec. Path. u. Th. Krankheiten der Harnblase*: „*Über den Gebrauch der Elektricität habe ich keine hinreichende Erfahrung, jedoch sprechen Arzte, welche vollkommenes Vertrauen verdienen, zu ihren Gunsten. Diese Methode lässt sich bei Mädchen schon früher, bei Knaben aber erst um die Pubertätszeit anwenden und bietet auch hier manigfache Schwierigkeit*“. I rzeczywiście sposobu dotychczas polecanego nie podobna zastosować u dzieci mianowicie u chłopców. „Używa się tutaj prądu indukcyjnego wprowadzając jeden biegun do pęcherza, drugi przykładając ponad spojenie kości łonowych“ (D o m a ń s k i Elektroterapija). Kto miał sposobność wprowadzania cewnika u małych chłopców, temu znane są dobrze te trudności.

Mając w domu, gdzie jestem lekarzem domowym, chłopca niespełna pięcioletniego, cierpiącego na moczenie nocne, po bezskuteczném stosowaniu tak przezemnie, jak i przez innych lekarzy polecanych wszelkich możebnych środków i ostrożności, pomiędzy któremi nie zapomniano o wprowadzaniu świeczek, uciekłem się w końcu do prądu elektrycznego przerywanego, którego użycie zmieniłem w bardzo prosty sposób.

W przyrządzie indukcyjnym Spammera jest dla elektrod jedno zakończenie gałkowate, niewiele grubsze od zwyczajnego ołówka. Otóż zamiast wprowadzać biegun do pęcherza, wprowadziłem go za pomocą tego gałkowatego zakończenia do kiszki stolcowéj, kierując elektrodę ku spojeniu kości łonowych, drugi biegun przykładałem ponad spojenie

[1]) Lubo sposób stosowania elektryczności do pęcherza moczowego przez sz. autora podany nie jest nowy, *Redakcyja* tém chętniéj umieszcza powyższą rozprawkę, o ile w obec znanéj nieraz uporczywości choroby zwraca uwagę lekarza na praktyczny sposób użycia prądu elektrycznego.

tychże kości. Tłumacząc sobie cierpienie słabością zdzieregacza pęcherza, lub brakiem należytego czucia, rozumowałem, że po takiém stosowaniu prądu skutek musi być taki samalbo niewiele słabszy, aniżeli po wprowadzaniu bieguna do pęcherza, że bądź co bądź przechodzić musi przez szyjkę pęcherza.

Skutek przekonał o trafności mego rozumowania. Chłopczyna, którego przedtém trzeba było budzić co 2 godziny, a który mimo wielkiéj skrupulatności w przestrzeganiu téj ostrożności nawet i przez ten krótki przeciąg czasu bardzo często nie był w stanie moczu utrzymać, obecnie śpi spokojnie i bez przypadłości po 7 godzin, a jeżeli mu się czasem (rzadko!) zdarzy niemiły przypadek, to świadectwem tego jest nieznaczna tylko plama na prześcieradle wielkości, małéj dłoni.

Że tylko stosowaniu prądu, a nie prostemu przypadkowi trzeba przypisać ten świetny skutek, wynika ztąd, że zdolność utrzymania moczu wzmagała się widocznie w miarę, im dłużéj prąd stosowano. Zresztą dobrowolne ustanie tego cierpienia nie zdarza się w tym wieku prawie nigdy, a przynajmniéj bardzo rzadko. Stosowałem prąd z początku codziennie przez 10 minut, późniéj rzedziéj. Cały czas leczenia trwał 3 miesiące. Wielka wrażliwość chłopca pozwalała tylko na bardzo nieznaczne natężenie siły prądu.

Możnaby mi zarzucić, że zanadto pośpiesznie zachwalam i podaję niedostatecznie wypróbowany sposób. Zarzut ten jest właśnie dla mnie zachętą. Ponieważ sam mogę nie mieć prędko sposobności leczenia tego cierpienia, dzielę się swojém doświadczeniem z innymi. W obec znacznego rozpowszechnienia aparatów elektrycznych indukcyjnych kwestyja wkrótce zostanie rozstrzygniętą, co do mnie, nie wątpię, w znaczeniu potwierdzającém.

VI. Oceny i sprawozdania.

Dr. Stanisław Kośmiński. **Słownik lekarzów polskich. Zeszyt I. Warszawa 1883 r.**

Jeśli zawód może być kiedykolwiek miłym, to niezawodnie dozna go każdy, kto weźmie do ręki pracę Dra Kośmińskiego. Oczekiwaliśmy tylko „Słownika, t. j. życiorysu lekarzów polskich, a znaleźlismy obok słownika zupełną biblijografiję lekarskiego piśmiennictwa polskiego, alfabetyczne wyliczenie prac obcych, polskiemu piśmiennictwu przyswojonych; przez takie uzupełnione dzieło Dra K. nabrało szerszego znaczenia, większéj wartości i zajęło miejsce obok biblijograficznéj pracy p. Estreichera.

Nie możemy z pierwszego zeszytu wydać sądu o całości; zdawałoby się jednak, że główną ozdobą téj publikacyi będzie dział biblijograficzny i historyczny, t. j. te części Słownika, do wypracowania których użył autor własnéj pracy, wiedzy i wytrwałości. Dział bijograficzny, zwłaszcza lekarzy spółczesnych, do opracowania którego Dr. K. nie mógł mieć innych źródeł, jak odwołanie się do wskazówek podanych mu przez samychże kolegów, nie jest zupełny. Przy pobieżném przejrzeniu brakuje w nim bez przesady powiedzieć można czwartéj części obecnie żyjących lekarzy polskich, szczególnie zamieszkujących zagranicę i litewskoruskie województwa. Nie zamierzamy z tego czynić zarzutu autorowi, który ustnie, piśmiennie i przez dzienniki pukał do drzwi naszych, niezrażony powtarzał wezwanie po wezwaniu; jeśli więc są braki w tym kierunku, to nie jego, lecz nasza wina; innych źródeł do życiorysów spółczesnych lekarzy Dr. K. nie miał i mieć nie mógł. Niektóre życiorysy, że tu wymienimy Stan. Drozdowskiego, Dalkiewicza, Biernowskiego, Beauprego zasługują na uzupełnienie ważniejszemi datami ich życia. Zakradły się niektóre, (spieszę dodać: bardzo rzadkie) niedokładności, wymagające sprostowania: n. p. młodemu wyzwoleńcowi Jagiellońskiéj Wszechnicy, obecnie w Bośnii mieszkającemu Leopoldowi Glückowi przypisano pracę z r. 1865 „O cholerze w Stambule i ks. naddunajskich“ pióra Dra Glücka także krakowianina, od przeszło 20 lat mieszkającego w Jassach.

Czyniąc tych kilka uwag nie zamierzaliśmy i nie potrafilibyśmy osłabić wartości książki Dra K., która z natury swéj treści jest przeznaczoną do ciągłego uzupełniania: na nas wszystkich leży obowiązek przesłania Autorowi „Słownika“ uwag, sprostowań i uzupełnień, mających stanowić materyjał do następnego wydania; nie zastąpią téj zbiorowéj pracy Drowi Kośmińskiemu najszersze stosunki i najobfitsze źródła.

Gdybyśmy mieli wydać sąd z części o całości, to wypadłby on pomyślnie; nie przesądzając jednak niewątpliwéj dla nas wartości następnych zeszytów i odkładając na późniéj gruntowne ocenienie całego dzieła, dziś już możemy powiedzieć, że praca Dra Kośmińskiego, tak swą szatą zewnętrzną, jak wartością treści zasługuje na najgorętsze polecenie i jest to *Vade mecum* nietylko piszącego, lecz każdego lekarza interesującego się literackim ruchem lekarskim w Polsce. Sumienną ścisłością i benedyktyńską wytrwałością położył Dr. K wielkie zasługi około ojczystéj literatury, a swym zaletom pisarskim wystawił niespożyty pomnik; bo chociaż dzieło jego z natury swego przeznaczenia ulegać będzie z biegiem wieków ciągłemu uzupełnianiu, powiększaniu a nawet przeistoczaniu, to ziarno przezeń rzucone chlubnie świadczyć nie przestanie o trudach i chęciach tego, który ten ugor pierwszy zorał i zasiał. *Dr. A. Kwaśnicki.*

L. Lewin (Berlin): **O zachowaniu się santoniny w ustroju zwierzęcym i o jéj użyciu leczniczém.**

Jakkolwiek santonina należy do leków nader często obecnie używanych, przecież doświadczenia nad nią są nader szczupłe. To skłoniło autora do zastanowienia się nad tym lekiem przeciwczerwiowym, a z pracy jego wyjmujemy niektóre szczegóły dotyczące racyjonalnego użycia tego leku.

Pierwszém nasuwającém się pytaniem jest, w jaki sposób działa santonina czerwiogubnie? Küchenmeister udowodnił, że glisty pływały najspokojniéj w mieszaninie wody z białkiem, w którą włożono kryształy santoniny. Skoro jednak santoninę rozpuszczono w oliwie i działaniu tego roztworu poddano glisty, robaki ginęły w ciągu kilku minut. A zatém koniecznością jest, aby santonina zetknęła się bezpośrednio z wnętrzakami.

Doświadczenie lekarskie nauczyło, że santonina najskuteczniejszą jest przeciw glistom. Pochodzi to ztąd, że robak ten przeważnie osiedla się w kiszkach cienkich, gdzie może jeszcze na niego działać santonina bezpośrednio. Przeciw *Trichocephalus dispar*, przebywającemu w kiszce ślepéj, jakoteż przeciw glistnicy, żyjącéj w kiszce grubéj, santonina często zawodzi. Chcąc więc użyć skutecznie santoniny, trzeba ją podać w ten sposób, aby raz nie straciła nic ze swych własności czerwiogubnych, a powtóre, aby mogła się dostać do wszystkich części przewodu pokarmowego i tutaj bezpośrednio na wnętrzaki działać. Dotychczasowy sposób użycia santoniny wcale nie czyni zadość tym wymogom. Podaje się

ją bowiem zwykle w proszku lub kołaczykach, albo też wreszcie w rozczynie jako *Natrum santonicum*.

Spostrzeżenia i doświadczenia na zwierzętach przekonały Lewina, że santonina w ten sposób podana ulega już w przeważnéj części wessaniu w samym żołądku. Dotyczy to szczególniéj soli sodowéj. To tłumaczy, dla czego santonina jest lekiem niezawodnym, ale dopiero w dawkach, które często zatrucie wywołują. Nawet w przypadkach, w których leczenie osiąga zamierzony rezultat, santonina gubi tylko część wnętrzaków, pozostałe zaś po pewnym upływie czasu rozmnożywszy się wywołują na nowo te same objawy chorobowe. — Jeszcze mniéj pewnym lekiem od preparatów powyższych santoniny są *Semina Cinae*, nader niemiłe do zażywania; Küchenmeister wykazał, że askarydy nawet w mocnéj nalewce *Semm. cinae* z dodatkiem proszku tegoż nasienia nie ginęły. Mała ilość santoniny, która zostaje z nasion wyciągniętą za pomocą alkalijów znajdujących się w przewodzie pokarmowym, nie wystarcza do zabicia wnętrzaków, a przytém prędko ulega wessaniu jako sól sodowa i nerkami z organizmu wydzieloną.

Wszystkie więc powyższe sposoby podawania santoniny są niestósowne, nieracyjonalne. Jedynie racyjonalném jest podawać santoninę w r o z c z y n i e o l e i s t y m. Doświadczenie przekonało Lewina, że taki rozczyn nie ulega wessaniu w żołądku, a cała ilość santoniny dostaje się do kiszek. Tutaj dopiero następuje rozkład rozczynu oleistego santoniny. Rozkład ten jednak i następowe wessanie santoniny odbywa się zwolna tak, że tymczasem przez ruch robaczkowy cała przestrzeń błony śluzowéj jelit może się zetknąć z lekiem, który teraz może rozwinąć swoje działanie. Przytém według doświadczeń przytoczonych Kuechenmeistera rozczyn oleisty santoniny działa najwięcéj trująco na wnętrzaki.

Dla dokładnego zbadania, o ile wolniéj następuje resorbcyja santoniny w rozczynie oleistym, podał Lewin jednemu z kandydatów medycyny 0·05 grm. sproszkowanéj czystéj santoniny jednego dnia o godz. 5téj po południu. Na drugi dzień o godz. 9téj wystąpiło widzenie w barwie żółtéj i silny ból głowy. Mocz aż do godziny 1széj w południe dawał z ługiem sodowym zabarwienie czerwone właściwe santoninie, a zatém przez 10 godzin, od czasu użycia leku. W trzy dni późniéj L. zadał temu samemu uczniowi medycyny rano o godz. 11téj 0.05 grm. santoniny, rozpuszczonéj w oleju rycynowym. Widzenie żółto i ból głowy nie wystąpiły tym razem. Mocz dawał reakcyję santoniny jeszcze w 24 godzin po użyciu tego leku. Taki sam wynik wydało doświadczenie z drugim kandydatem medycyny.

Z doświadczeń tych widoczném jest, o ile wolniéj santonina ulega wessaniu, stósowana w rozczynie oleistym. Przy takiém stósowaniu ma się jeszcze i tę korzyść, że można użyć znaczniejszych dawek leku bez obawy wystąpienia objawów zatrucia.

Do rozpuszczenia santoniny użyć można każdego tłuszczu lub oleju, np. *Olei amygdalarum dulcium, Ol. cocos, Ol. ricini*, masła, szmalcu itd.—I tak można np. zapisać:

Rp. Santonini 0.20.
Ol. Cocos 60.00.

DS. Dwa lub trzy razy dziennie łyżkę użyć. Z tego rozczynu zawiera każda łyżka połowę zwykłéj dawki maksymalnéj. — Wiadomą jest rzeczą, że olejki eteryczne działają w ogóle szkodliwie na wnętrzaki, dla tego też można dla wzmocnienia dodać do tego leku *Olei aetherei cinae*, i zapisać go np. w ten sposób:

Rp. Santonini 0.20.
Ol. amygdalarum dulcium 60.00.
Ol. cinae aetherei gtts. IV.

S. Dwa lub trzy razy dziennie łyżkę.

Aby osiągnąć zarazem wzmocnienie ruchu robaczkowatego jelit, dobrze jest zapisać santoninę z olejem rycynowym. Nie można jednak zapisywać znaczniejszych ilości tego oleju, bo skutkiem zbyt silnego ruchu robaczkowego cała ilość santoniny mogłaby odejść z odchodami, nimby przyszło do rozwinięcia jéj działania trującego na wnętrzaki. Odpowiedniém jest zapisywać:

Rp. Santonini 0.20.
Ol. Ricini 20.00.
Ol. cinae aetherei gtts. IV.

Osobom, mającym wstręt do oleju rycynowego, można polecić pastę Starka:

Rp. Santonini 0.20.
Ol. Ricini 20.00.
Ol. cinae aeter. gtts. IV.
Sacchar. albi q. s. ut f. pasta mollis.

S. W dwóch dniach użyć.

Osobom, które mogą przełykać kapsułki, można polecić santoninę w następującéj formie:

Rp. Capsular. gelatin. elastic.
Santonin. 0.05.
Ol. Ricini 5.00.
Ol. Cinae aether. gutt. I.
replet. IV.

S. Dwa lub trzy razy dziennie po jednéj kapsułce. *(Berl. klin. Wochenschrift* 1883, Nr. 12). *Dr. Kopff.*

Prof. R i e g e l: **O znaczeniu rozpoznawczém tętna żylnego.**

Sprzeczne do téj chwili zapatrywania na tętno żylne i odmienne skutkiem tego wnioski, które w celach rozpoznawczych wysnuwali z niego klinicyści pierwszego rzędu, jak F r i e d r e i c h, B a m b e r g e r, wypływają, zdaniem autora, z niedostatecznego i nie zupełnie ścisłego określenia, co właściwie przez tętno żylne, jako objaw patologiczny, rozumieć należy. Samoistne, rytmiczne ruchy w żyłach szyjnych, spółczesne z akcyją serca, a wcale niezależne od faz oddechowych, ani nie udzielone od sąsiednich naczyń tętniczych, przydarzają się także w razach, kiedy niedomykalność zastawki trójkończystéj na pewno wykluczyć można, a przedmiotowo żadna inna wada w sercu stwierdzić się nie daje. Powołując się na pracę M o s s a, który pierwszy wykazał, że u ludzi zupełnie zdrowych, wśród warunków fizyjologicznych, tętnienie w żyłach szyjnych pojawić się może, następnie na własne doświadczenia, z których wypływa, że tętnienie żył szyjnych u zwierząt, na jakich czynił doświadczenia, jest objawem stale się wydarzającym już wśród warunków normalnych, uwzględniając wreszcie tak znane, n a p r z ó d p o s t ę p u j ą c e tętno żylne (*vorwärts schreitender Venenpuls*), opisane przez A n k e g o i Q u i n c k e g o, przychodzi autor do słusznego wniosku, że samo tętnienie żył szyjnych, jako takie, nie zawsze za objaw patologiczny poczytywać, tém mniéj jedynie w stósunek zawisłości z niedomykalnością zastawki trójkończystéj lub zastawek żylnych wprowadzać należy. Autor, opierając się na doświadczeniach dokonanych na zwierzętach, przypuszcza, że i u ludzi najzupełniéj zdrowych, tętno w żyłach szyjnych jest objawem normalnym, a jeżeli tak rzadko je się udaje stwierdzić, należy brać na karb raz niedostatecznéj jego siły, innym razem nie zbyt cienkiéj i delikatnéj powłoki skóry. Za pomocą graficznéj metody można się przekonać,

że to fizyjologiczne tętnienie w żyłach szyjnych zachowuje się całkiem odwrotnie, jak tętnienie tętnicze — że równocześnie, gdy się żyły zapadają, tętnice się rozdymają, i na odwrót; że fala wstępująca na obrazach sfigmograficznych, zdjętych z żył, jest anadikrotyczną, zstępująca zaś katamonokrotyczną. Ale i ze względu na przeciąg czasu, przez jaki pojedyńcze fazy tego tętna trwają, zachowują się żyły całkiem przeciwnie, jak tętnice. Ramię wstępujące tętnicy, które odpowiada skurczowi serca, jest krótkie, przeciwnie w żyle mocno wydłużone; na odwrót ramię zstępujące tętnicy mocno przedłużone, w żyle krótkie. Co więcéj, ramię wstępujące w tętnicy jest w przybliżeniu tak długie jak zstępujące w żyle, na odwrót zstępujące w tętnicy tak długie jak wstępujące w żyle; krótko mówiąc, skurczowi serca odpowiada rozdymanie tętnicy a spółczesne zapadanie się żyły, rozkurczowi serca zaś zwężanie się tętnicy a wydymanie żyły.

Pierwszy wierzchołek téj anadikrotycznéj, wstępującéj fali w żyle przypada właściwie na ten czas, kiedy zastawki półksiężycowe zamykają ujście tętnicze, druga połowa tego ramienia, krótsza, a zazwyczaj więcéj stroma, wyprzedza bezpośrednio skurcz serca, z czego wypada, że nie pierwsza połowa odpowiada skurczowi przedsionka, jak to powszechnie dotychczas przypuszczano, ale przeciwnie druga, z tymże skurczem spółczesna. To tętnienie fizyjologiczne żył, za pomocą czułych przyrządów u ludzi badane, zachowuje się zupełnie jednako. Jeżeli te obrazy sfigmograficzne porówna się z poszczególnemi fazami w akcyi serca, nie trudno przyjdzie je wytłumaczyć. Spółcześnie ze skurczem serca, a względnie z nastaniem rozkurczu przedsionka, przychodzi najłatwiéj do skutku odpływ krwi żylnéj do przedsionka, tém się też tłumaczy przypadające na ten czas zapadanie się żył; przy końcu skurczu serca, kiedy zastawki półksiężycowe już zamknęły ujście tętnicze, odpływ krwi z żył staje się znowu więcéj utrudnionym, ztąd też to powoli poczynające się rozdymanie żył, które przy końcu rozkurczu serca, a spółcześnie ze skurczem przedsionka, jeszcze wyraźniejszém się staje. Wydymanie żyły poczyna się zatém już przy końcu skurczu serca, z nastaniem rozkurczu objawia się chwilowym spadkiem na linii sfigmograficznéj, aby przy końcu tegoż rozkurczu jeszcze mocniéj się nasilić, niż przy końcu skurczu. To fizyjologiczne tętno żylne, które ze względu na współczesność z poszczególnemi fazami w akcyi serca, nazwać można rozkurczowo-przedskurczowém, a które już Mosso ze względu na dośrodkowy kierunek fali żylnéj nazwał tętnem żylném ujemném, nie różni się ani tętnieniem, jako takiém, ani kształtem, ani wielkością i nasileniem od tego patologicznego, wstecznego, a zatém dodatniego tętna żylnego, jakie Bamberger uważa za patognomoniczne w niedomykalności zastawki trójkończystéj. Jedyna różnica tkwi w jego zachowaniu się do poszczególnych faz w akcyi serca. Przy niedomykalności zastawki trójkończystéj i zastawek żylnych wypełnia się wprawdzie żyła tak samo, jak i w tętnie fizyjologiczném, w czasie skurczu przedsionka, tém łacniéj, ile że przedsionek w takich razach zazwyczaj jest mocno rozszerzony i przerosły, jeszcze więcéj jednak wypełnia się ona w czasie skurczu serca, szczególniéj przy silnéj jego akcyi, a to skutkiem wstecznego prądu krwi z komórki do przedsionka i żył najbliższych. To patologiczne tętno żylne różni się też od fizyjologicznego, rozkurczowo-przedskurczowego tętna żylnego, pominąwszy już odśrodkowy kierunek jego fali, jedynie tylko tém, że jest przedskurczowo-skurczowém. Rozdęta w ten sposób żyła wypróżnia się dopiero z nastaniem rozkurczu serca. Rozumie się samo przez się, że takie typowe obrazy sfigmograficzne otrzymujemy tylko wtedy, gdy akcyja serca prawego dostatecznie jest silną, aby prąd krwi wsteczny rzucić nie tylko do samego przedsionka ale i do żył najbliższych. Dopóki zastawka trójkończysta, jakotéż zastawki żylne domykają, przy zwiększonéj akcyi przedsionka, co najwięcéj tylko tętno przedskurczowe, do opuszki żyły szyjnéj się rozciągające (*Bulbuspuls*) pojawić się może; gdy i zastawki żylne przestaną domykać, może powstać już i tętno żylne, po za opuszkę żyły szyjnéj się rozciągające, ale zawsze jeszcze przedskurczowe. W niedomykalności zastawki trójkończystéj wreszcie, a wrazie domykania zastawek żylnych, ten *pulsus bulbi venae jugularis*, gdy tylko akcyja serca jest dostatecznie silną, jest znacznie wyraźniejszy, i nadto przedskurczowo-skurczowy. (*Sammlung klinischer Vorträge von Richard Volkmann* Nr. 227). *Wolfram.*

L. Prochownick: **Krążki maciczne.**

W wykładzie tym autor odpowiedzieć usiłuje głównie na trzy pytania, a mianowicie: określa wskazania i przeciwwskazania, opisuje rozmaite krążki i ocenia je, a wreszcie zastanawia się nad leczeniem następowém. Nieco za długi wstęp stanowi opis tych narządów, które w styczność wchodzą z krążkiem i służą do utrzymania go w właściwém położeniu, a słusznie autor wywodzi, co jeszcze nie jest ogólnie znaném, że krążek nie powinien się opierać na żadnéj części miednicy kostnéj, jak dawniéj twierdzono (*Symphysis oss. p.*), lecz całą jego podporą jest tylko sprężystość części miękkich i czynność mięśni. Za najprzydatniejsze uważa P. krążki Hodgego, jako najprostsze i stosunkom anatomiczno-fizycznym najbardziéj odpowiadające. Są one dźwignią dwuramienną, któréj punktem podparcia jest przedni brzeg *levatoris ani.* Krążki Schultzego uważa za dowcipny i czasem przydatny wynalazek, niezastępujący atoli zawsze przydatnego typowego krążka Hodgego. Słuszną jest uwaga P., iż trzeba krążek każdy nie tylko co do wielkości lub szerokości ale i co do wygięcia zastósować zawsze do poszczególnych stosunków indywidualnych; że nie można używać krążków wprost takich, jakie znajdujemy w handlu, lecz że lekarz musi je przekształcać według potrzeby. Ztąd wniosek, że krążki winny być zrobione z materyjału takiego, któryby temu zadaniu odpowiadał. Krążki dotychczasowe są według P. albo z twardego kauczuku albo z drutu obciągniętego powłoką miękkiego kauczuku. Obie formy uważa P. za nie odpowiednie. Pierwszą, ponieważ twardy kauczuk lity nieda się szybko nagiąć w kształt żądany. (Krążki Hodgego z twardego kauczuku ogrzane przez chwilę nad płomieniem spirytusowym dają się łatwo nagiąć w dowolną formę a oblane zimną wodą natychmiast tężeją nowy kształt zatrzymując. *Sprawozd.*) Słusznie jednak utrzymuje P., że krążki z drutu miękkim kauczukiem obciągnięte, jakkolwiek łatwo nagiąć się dające, są nieodpowiedniemi, gdyż ponieważ ich powłoka łatwo ulega rozkładowi, w dalszym ciągu dają powód do obrażeń błony śluzowéj pochwy i cuchnących odchodów. P. skonstruował więc krążki Hodgego z twardego kauczuku z dodatkiem nieco siarki i nie lite, ale wewnątrz wydrążone, które przez krótką tylko chwilę zamoczone w gorącéj wodzie łatwo mają przyjmować każdy nadany sobie kształt. Krążki takie w 10 numerach, bardzo lekkie, wyrabia fabryka: Hamburg-New-Yorker Gummiwaaren Compagnie, Hamburg, Rathausmarkt 10. W końcu w bardzo odpowie-

dniéj rzeczy o leczeniu następowém wymaga P., aby kobiety noszące krążki najmniéj co miesiąc przedstawiały się lekarzowi dla kontroli i aby u takich, u których znaczniejszą jest drażliwość pochwy, krążki co 4 lub 8 tygodni zmieniano. (*Volkmann. Samml. klin. Vortr.* Nr. 225). *Kohn.*

Wiadomości pomniejsze.

Ω Dr. Andresse podaje następujące **leczenie dyfteryi**, jako nader korzystne. Zmiany miejscowe pędzluje się co 3 lub 4 godziny rozczynem *Ferri sesquichlorati* (1 cz. *Liq. ferr. sesqui.* na 2—3 cz. wody) o ile możności tak, aby lek ten przesiąkł całą wypocinę. Dzieci, które umieją już płukać gardło, powinny je płukać rozczynem słabym *Ferri sesquichlorati* (5 do 6 kropli płynu na filiżankę ciepłéj wody). Również należy takie samo płukanie polecić wszystkim osobom stykającym się z chorym. Co 3 do 4 godzin poleca się inhalacyje z rozcieńczonego rozczynu *Ferri sesquichlorati* (5 do 6 kropli *Liq. ferr.* na słoiczek wody). Inhalacyje te mają, zdaniem autora, zapobiegać szerzeniu się procesu dyfterytycznego na dalsze części przewodu oddechowego, wewnętrznie poleca autor obok tego chinin 1,00 na 200,00, co godzina łyżeczkę. Przy tém nie należy popijać, a to aby rozczyn chininu mógł się dłuższy czas stykać z wypociną dyfterytyczną. (*Deutsche med. Wochenschrift* 1883, Nr. 11).

Peruzzi. **Owaryjotomija we Włoszech.** (*Il Raccoglitore med. 1882. Juli*). Od lipca 1880 do lipca 1882 wykonano we Włoszech 100 owaryjotomij, (trzecia setka), z tych wyzdrowiało 74 chorych. Nadto niedokończono 9 operacyj, z których 4 umarło. *Amputatio uteri supravaginalis* wykonano 27 razy z 7 wyzdrowieniami. *Kohn.*

(γ) **Szybkie zsiwienie włosów podczas nerwobólu.** We wrześniowym zeszycie *Revue de Medecine* z r. 1882 Dr. Raymond podaje opis przypadku, który zaliczyć wypada w poczet mniéj lub więcéj autentycznych, w których ciekawy fakt nagłego siwienia włosów nastał pod wpływem ciężkiego nerwowego zaburzenia. Powtarza on na początku swego opisu zdanie wypowiedziane *ex cathedra* przez Kaposiego w dziele Hebry, który wszystkie opisywane przypadki tego rodzaju zalicza do rzędu bajek, ponieważ dla takiego odbarwienia nie można znaleźć zasady fizyjologicznéj, Faktowi podanemu przez Raymonda, jakkolwiek niewytłumaczonemu, nie można zaprzeczyć. Przypadek, o którym mowa, dotyczył kobiety, mającéj bujne czarne włosy. Jakkolwiek nerwowa i wrażliwa, nie była nigdy dotknięta hysteryją i miała się zupełnie dobrze aż do lipca 1881 r.; odtąd zaczęła cierpieć na bezsenność, która jednak zniknęła po użyciu morskich kąpieli. W styczniu 1882 poniosła znaczne pieniężne straty, poczém stała się niespokojną, straciła sen i apetyt i prawie w tymże samym czasie zaczęła cierpieć na nerwobóle. Jednocześnie z zajęciem mózgu przestała miesiączkować a odpływy te już więcéj nie powróciły. Dr. R. widział ją 27 stycznia, skarżyła się na wielkie osłabienie i na bóle głowy, brzucha, w łopatkach i nogach; nic jednak nieprawidłowego nie dostrzeżono w tych częściach ciała. Bóle były nietylko ciągłe, ale objawiały się gwałtownemi i częstemi nasileniami. W różnych miejscach na twarzy, głowie jak również na łopatkach, w okolicy pierwszego i drugiego kręgu grzbietowego, na rękach i nogach znajdowały się miejsca dotkliwe. Dotkliwą téż była okolica jajników i brzuch. Podawano kolejno po sobie chinin, akonityn, a 31 stycznia bromek potasu bez skutku; po w pół do 9 wieczór d. 31 stycznia bóle wzmogły się bardzo a morfin był bez wpływu. O 2éj w nocy bóle były najgwałtowniejsze, aż do tego czasu włosy zachowały zwykłą swą barwę; o 7éj zrana znaleziono chorą już zupełnie siwą. Włosów czarnego koloru zachowało się nieco tylko na bokach i tyle głowy, zresztą wszędzie włosy były prawie jasno czerwone, pewna ich ilość (szczególniéj cienkich włosów) była zupełnie siwa, miejscami były pomięszane czerwone włosy z białemi, na innych częściach ciała włosy nie zmieniły barwy. Bóle trwały przez cały dzień, w końcu jednak sprowadzono sen dużą dawką bromku. W przeciągu dwóch dni czerwone włosy osiwiały i spora ich ilość wypadła. Nerwoból zmniejszył się, a ogólny stan zdrowia choréj poprawił się, lecz utraciła prawie zupełnie włosy, do d. 30 marca pozostało tylko nie wiele czarnych, czerwonych i siwych włosów w okolicy skroni i tyłogłowia. Dr. Raymond nadmienia, że zjawisko to należy oczywiście tłumaczyć ciężkiemi zboczeniami unerwienia, wywołanemi ciężkim wstrząsem umysłowym, objawiającym się najpierw nerwobólem przeważnie skóry na głowie a dosięgającym szczytu w odbarwieniu włosów w chwili, gdy i nerwoból był jak najdokuczliwszym. (*The Lancet* 1882, II, Nr. 15).

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

□ Otczoty Medicinskawo Departamenta ministierstwa wnuternich dieł za 1879 i 1880 g. (c. d.)

Pierwsze miejsce po błonicy co do szkodliwości przeznacza Dr. Herzenstein ospie. Od r. 1875 do 1880 włącznie zachorowało na całym obszarze Rosyi na ospę osób 322.195, umarło 85.743 (26,6%). Sprawozdawca nie przywięzuje tak wielkiéj wagi do liczb przytoczonych, a to ze względu, że znajdują się w Rosyi liczne okolice, gdzie nie istnieje kontrola statystyczna chorób zakaźnych; z naszéj strony dodamy, że dokument ministeryjalny grzeszy rażącym brakiem wszelkich informacyj o szczepieniu ochronném, o wpływie ospy ochronnéj na szerzenie się, a właściwie na zmniejszenie się epidemii ospowéj, oraz o stosunku śmiertelności z ospy szczepionych do nieszczepionych. Z sześcioletniéj statystyki wynika jedna smutna prawda, że w ciągu ostatnich 4 lat ospa zwiększyła się dziewięć razy, że panuje ona nie wybuchami, jak w Europie zachodniéj, lecz stale, bez przerwy, z skłonnością do ciągłego wzmagania się.

W dalszym ciągu H. zastanawia się nad częstością i złośliwością przeróżnych epidemij w Rosyi: „rok rocznie powstaje jakiś bicz, dziesiątkuje ludność i ustępuje miejsca drugiemu; przyczyny tych klęsk, ich powstania i znikania, są zagadką, któréj nikt odgadnąć nie kusi się. Epidemije w Rosyi różnią się od epidemij w Europie tém, że powstają bez przyczyn znanych, jak klęska elementarna cechują się nieubłaganą siłą niszczenia.“ W końcu H. porzuca pole dowolnych rozmyślań i orzeka, że przyczyna chorobliwości i wielkiéj śmiertelności rasy rosyjskiéj leży w warunkach bytu mieszkańców, a stwierdziwszy, że kiedy w r. 1876 zapadało 3,6% całéj ludności, odsetek ten wzmagając się z biegiem czasu dosięgnął w r. 1880 7,6%. Badając przyczynę złego H. zamierza zastanowić się w dalszym ciągu nad mieszkaniem, jadłem i warunkami pracy Rosyjanina.

Ω Liczba lekarzy praktykujących w Królestwie polskiém wynosi według ostatnich wykazów 675. Z tego 98 % przypada na miasta, 2% zaś na wsie. W saméj Warszawie praktykuje 308 lekarzy. W r. 1874 praktykowało tylko 206.

Ω Ciekawy przypadek zafałszowania mleka zdarzył się ostatniemi czasy w Berlinie. Pani H. kupiła mleko w głównym składzie (*Central-Melkerei*). Mleko to wywołało u jéj dzieci wymioty. Ponieważ mleko to miało smak nienaturalny. H. oddała je policyi do zbadania. Dr. Bischoff jako znawca orzekł, że mleko jest naturalném, tylko zawiera znaczną ilość boraksu. Kupiec, u którego mleko kupiono, zeznał, że według powszechnie używanego zwyczaju dodał $^2/_3$gr. na 1 litr soli t. zw. *Conserve-Salz*, aby mleko ochronić od wpływu zmian atmosferycznych i od kwaśnienia. Na podstawie orzeczenia Drów Bischoffa, Wolffa i Müllera, że dodatek taki soli nie jest szkodliwym, Sąd uwolnił oskarżonego kupca.

Ω Palenie zwłok we Włoszech szybko się rozpowszechnia. Wszystkie większe miasta posiadają już piece. Obecnie budują piece miasta Brescia i Bolonia. — Z polecenia Rządu węgierskiego

ma zbadać konsul w Medyjolanie system tamtejszego pieca. Zdaje się więc, że wkrótce w naszéj monarchii Buda-Peszt będzie posiadać pierwsze *Crematorium.*

Ω W Ameryce jest teraz kwestyja uczęszczania kobiet wraz z mężczyznami na kursa medyczne na porządku dziennym. Sposób ten nauczania wspólnego obu płci dał powód do ciekawego zajścia w Kingston w Kanadzie. W tamtejszéj szkole medycznéj profesor fizyjologii poruszył w swoim odczycie sprawę kastracyi mężczyzn i jéj skutków. Słowa profesora przerwał hałas, sykanie i tupanie nogami z ławek zajmowanych przez studentów płci męzkiéj. W końcu zażądali oni, aby 7 obecnych studentek opuściło salę. Mimo jednak, że się temu żądaniu stało zadość, sprawa się nie skończyła. Studenci zażądali, aby kobiety ze szkoły wykluczono. Profesorowie nie zgodzili się na to. Skoro jednak studenci zaczęli się przenosić do szkoły medycznéj w Toronto, która ich z otwartemi przyjęła rękami, fakultet w Kingston wykluczył ze szkoły kobiety.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 1—7 kwietnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: 32,4. Z ospy umarło 4 (0 z. t.); z błonicy 0 (4 z. t.); z zimnicy 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach ospy, 3 płonicy, 2 błonicy, 4 duru osutkowego. W tygodniu od 25 do 31 marca z ospy nie umarł nikt w Londynie zapadło 12, leczyło się w szpitalach 93. W Roterdamie umarło 5, w Madrycie 9, w Paryżu 12, w Petersburgu 15, w Aleksandryi 16, w Baltimore 15, w Nowym Orleanie 24, w Rio de Janeiro 35, w Bombayu 137. Z duru osutkowego umarło w Warszawie i Maladze po 2, w Londynie i Saragosie po 3, w Petersburgu i Madrycie po 4. W Rio de Janeiro umarło w połowie lutego 31 z febry żółtéj.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 25—31 marca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 36,1; w Warszawie 27,9; w Poznaniu 26,7; w Wiedniu 34,2; w Budapeszcie 30,4; w Pradze 34,2; w Berlinie 26,0; w Wrocławiu 37,7; w Gdańsku 29,1; w Mnichowie 33,8; w Kolonii 30,4; w Dreźnie 25,2; w Lipsku 24,3; w Bazylei 29,4; w Brukseli 26,9; w Amsterdamie 30,9; w Hadze 26,5; w Londynie 28,3; w Kopenhadze 29,8; w Stokholmie 23,0; w Chrystyjanii 17,9; w Petersburgu 41,7; w Odesie 32,4; w Rzymie 28,0; w Wenecyi 35,0; w Bukareszcie 32,8; w Madrycie 43,1; w Lizbonie 35,4; w Aleksandryi 54,0: w Nowym Yorku 28,8; w Filadelfii 28,8; w Rio de Janeiro 54,2; w Bombayu 26,4; w Madrasie 35,9. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 19 kwietnia. Doczekało się więc i miasto nasze smutnego widowiska. Po raz pierwszy od czasu wejścia w życie nowéj procedury karnéj wykonano w przeszłą sobotę wyrok śmierci na skrytobójcy, który dopuścił się morderstwa na dwóch osobach a ciężkiego uszkodzenia na trzeciéj. Egzekucyja odbyła się po raz pierwszy w obrębie murów więziennych, ale niestety za dużo jeszcze było widzów, bo ciekawość ludzka nie zna granic. Kat podobno nie szczególnie się spisał, czemu dziwić się wcale nie można; Galicyja szczycić się może, że kata nie posiada: musiano téż wezwać rzadki już w państwie austryjackiém egzemplarz przechowujący się w Bernie morawskiém, a jest nim zgrzybiały, niedołężny starzec. Ten zabytek minionych czasów, odstraszający swoją powierzchownością i swojém niedołęztwem, jest jakby zapowiedzią, że i kara śmierci niezadługo, u nas przynajmniéj, stanie się zabytkiem historycznym, jeżeli już nie z innych powodów, to przynajmniéj dla braku wykonawców. Sekcyja straconego odbyła się dnia następnego w zakładzie sądowolekarskim.

* Namiestnictwo ogłasza, że egzaminy lekarzy i weterynarzy w celu uzyskania stałéj posady w publicznéj służbie zdrowia odbędą się w maju r. b., dla lekarzy w Krakowie, a dla weterynarzy we Lwowie i że prośby o przypuszczenie do tych egzaminów należy wnieść najdaléj do d. 20 bm. do c. k. Namiestnictwa we Lwowie.

Ogłoszenie to doszło nas d. 15 b. m., a więc za późno dla przeszłego, a ze względu na termin także za późno dla niniejszego Nru.

* Otrzymaliśmy list następujący:

Szanowny Panie Redaktorze!

Otrzymawszy list nadesłany Redakcyi Przeglądu Lekarskiego z podpisem Dra X. Y., zawierający zdrowe uwagi dotyczące zamierzonego przez Komisyję balneologiczną wydania opisu zakładów zdrojowych i klimatycznych na ziemiach polskich się znajdujących, który Redakcyja łaskawie nam udzieliła, odpowiadamy co następuje:

Wniosek, aby nakład odbył się wspólnemi siłami wszystkich zdrojowisk polskich, i aby za materyjał użytemi zostały sprawozdania nadesłane nam ze zdrojowisk. przez co dzieło stałoby się własnością ogółu, a przy naznaczeniu ceny ile możności jak najniższéj rozeszłoby się po kraju w jak największéj liczbie egzemplarzy, zgadza się zupełnie z naszém zapatrywaniem. Wydanie dziełka, o którém mowa, nie ma nic wspólnego z wydaniem w r. z. we Frankfurcie n./M. niemieckim *Bäder-Almanach*, będącym po prostu intratną spekulacyją księgarską. Gdy tam nie wszystkie zakłady zdrojowe znalazły pomieszczenie, lecz te tylko, które się podjęły ponieść stosunkowo bardzo wysoką opłatę, a należące do najcelniejszych jak Gleichenberg, Elster, Gastein, Piszczany, Ragatz, Pfäfers, Salzbrunn, Schlangenbad itd. zostały pominięte milczeniem; i to jedne opisane są obszerniéj inne krócéj, nie w stosunku swéj wartości leczniczéj, lecz w miarę nadesłanych artykułów i doręczonéj do nich opłaty; zamiarem naszym jest wydać opis jednolity, obejmujący wszystkie bez wyjątku zakłady zdrojowe i klimatyczne na ziemiach polskich się znajdujące, podzieliwszy takowe na działy, podług jakości wód i zamieszczając w każdym dziale na czele obszerniejszy opis zakładu najcelniejszego, a daléj inne do téjże saméj kategoryi należące. opisane krócéj ale treściwie. Co do dokładności opisu ta naturalnie będzie zależeć od dokładności materyjałów, jakich nam zakłady zdrojowe zechcą dostarczyć.

Koszta wydawnictwa, które mają ponieść zakłady zdrojowe, nie wyniosą z pewnością ani czwartéj części tego, co kosztowało umieszczenie artykułów w niemieckim almanachu drukowanych.

Co się tyczy ogłoszenia programu, pisania rocznych sprawozdań z ruchu zdrojowego, ten już przed kilku laty przez Komisyję balneologiczną ułożony, corocznie obok wezwania o nadsyłanie sprawozdań do wszystkich zakładów zdrojowych i klimatycznych w Galicyi istniejących bywa rozsyłanym, a przy ogłoszeniu programu wydawnictwa, który wkrótce drukiem ogłosimy, zostanie powtórzony i do wszystkich zakładów zdrojowych i klimatycznych, jakie istnieją na ziemiach polskich, rozesłany.

Kraków, d. 15 kwietnia 1883.

Dr. Władysław Ściborowski,
przewodniczący Komisyi balneologicznéj.

□ *Wracz* (Nr. 12) donosi, że Dr. Podwysocki docent w Dorpacie otrzymał znaczne stypendyjum od Rządu i został wysłany za granicę z szeroko zakreślonym planem, do którego należy poznanie porównawczéj farmakologii.

□ Wydawca petersburski Rikke otrzymał już rządowe pozwolenie na wydawanie pod redakcyją prof. Mierzejewskiego „*Wiestnika kliniczeskoj i sudiebnoj psychijarii i neuropatologii,*" 3—4 zeszytów rocznie. (*Prawit. Wiestnik* 18 marca).

(γ) Korespondent pewnego tygodniowego pisma angielskiego donosi fakt nieprawdopodobny dla wygórowanéj złośliwości. Przywódcy Fenianów postanowili jako środka zemsty nad odstępcami używać bielizny zakażonéj, którą posyłają wprost do pani domu. Jestto bez wątpienia nowością, aby choroby zakaźne służyły za broń w walce socyjalno-politycznéj. (*The Lancet*, 1883, I, Nr. 14).

○ Dr. Higgins opisuje w nowojorskim *Medical Record* przypadek, w którym kobieta zatrudniona na folwarku w państwie Kentucky miesiączkowała aż do 76 roku życia. Miesiączka miała dopiero pojawić się w 18 roku życia po raz pierwszy. Mając lat 20 poszła za mąż i do 46 roku życia miała 12 dzieci. Przez 7 lat po ostatnim porodzie odpływy miesięczne miały być nieregularne i bardzo obfite, poczém stały się regularne i prawidłowe a zawsze poprzedzające uczucie niedomagania zapowiadało w późniejszych okresach życia pojawienie się miesiączki. (*The Lancet*. 1883, I, Nr. 11).

* **Wiadomości uniwersyteckie. Budapeszt.** Docenci pry-

watni, prymaryjusz Dr. Bertold Stiller i Dr. G. Antal mianowani zostali proff. nadzw.

* **Nekrologija.** D. 10 bm. umarł w Warszawie Dr. Janusz Ferdynand Nowakowski. Urodzony w Skale w r. 1832, ukończył szkoły gimnazyjalne w Kielcach, medycynę w Warszawie; późniéj pracował w Pradze czeskiéj i we Wiedniu; miał udział w tłumaczeniu anatomii Hyrtla na język polski; przez czas krótki był redaktorem Pamiętnika Tow. lek. warsz. i współpracownikiem Tygodnika lek.

W Berlinie umarł tajny radca lek. Dr. O. Veit, licząc lat 62.

□ D. 10 bm. umarł w Paryżu Dr. Krishaber, jeden z wybitniejszych przedstawicieli umysłowego ruchu we Francyi. Urodzony w Feketchery na Węgrzech, nauki lekarskie rozpoczął w Peszcie, gdzie dopomagał Czermakowi w jego sławnych odkryciach, dotyczących krtani i laryngoskopu; następnie kształcił się w Wiedniu pod kierunkiem Türcka, a wreszcie udał się do Pragi, gdzie przebywał peszteński jego nauczyciel Czermak; na początku szóstego dziesiątka bieżącego stulecia przeniósł się do Paryża, gdzie pozyskał stopień doktorski i następnie naturalizacyję francuską. Od r. 1866 ogłosił wielką ilość prac z najrozmaitszych gałęzi medycyny, brał czynny udział w Towarzystwach naukowych i zaznajamiał kolegów francuskich z niemiecką literaturą lekarską. Do ważniejszych prac zmarłego należą badania odnoszące się do patologii mózgu, o wólu, chorobach krtani, uszu, o tracheotomii, o chorobach nerwowych głośni itd. itd. Umarł z duru, który cała rodzina niemal jednocześnie przebywała. (*Le Progrès médical* Nr. 15).

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 14: Dobrzyckiego: Sprawozdanie z działalności lecznicy dla chorych piersiowych w Mieni. (c. d.); w *Gazecie Lek.* Nr. 15: Dunina: O operacyjném leczeniu wysięków opłucnéj; Gluzińskiego: (Z kliniki prof. Korczyńskiego w Krakowie): Mięsak limfatyczny śródpiersia tylnego (dok.); Pacanowskiego: Kilka uwag nad przebiegiem tyfusu brzusznego i wysypkowego (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Sprawozdanie pierwsze z czynności komitetu zarządzającego kasą pomocy dla osób pracujących na polu naukowém imienia Dra med. Józefa Mianowskiego za czas od 6 października 1881 do końca 1882 r. Warszawa 1883. (Komitet rozporządza kapitałem 19.000 rubli po wydaniu 6.500 rubli na pożyczki, zapomogi itd.).

Sprawozdanie z czynności Towarzystwa Przyjaciół Nauk Poznańskiego za rok 1882. Poznań 1883, in 8vo str. 70.

Dr. W. JAWORSKI: (Aus der med. Klinik des Prof. Korczyński in Krakau): Uiber die Methoden der exacten u. annäherenden quant. Bestimmungen des flüssigen Inhaltes im menschl. Magen für klin. u. phys. Zwecke. (Osobne odbicie z *W. med. Woch.* 1883), in 8vo str. 14.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 28 kwietnia 1883. № 17. Rok XXII.

I. Z kliniki chirurgicznéj prof. Dra Mikulicza w Krakowie.

Przyczynki do Chirurgii.

VIII.

Trzy przypadki wycięcia macicy przez pochwę. Wyleczenie.

Napisał **Dr. H. Schramm**
asystent kliniki chirurgicznéj.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 16).

Statystyka wycięć macicy przez pochwę dwojaki ma cel: po pierwsze wykazać wartość tego rękoczynu jako zabiegu operacyjnego, a zatém przedstawić procent śmiertelności i główne niebezpieczeństwa operacyi; powtóre wykazać jéj wartość jako środka leczniczego, czyli przekonać nas, czy i w obu przypadkach rak macicy za pomocą tego środka zostaje wyleczony doszczętnie, a ile kobiet operowanych ulega potworowi téj morderczéj choroby. Na pierwsze pytanie wyniki dotychczasowych doświadczeń pozwalają odpowiedzieć korzystnie. Nie dawno jeszcze uważano nieco więcéj rozwinięty rak macicy za cierpienie, przeciw któremu nie ma środka, a Hegar i Kaltenbach (*Operative Gynäcologie* 1874, str. 217) wypowiedzieli przed 9 laty następujące zdanie: „racyjonalna metoda całkowitego wycięcia macicy musiałaby chronić od krwotoku i uszkodzenia obocznych narządów, umożebnić zamknięcie otrzewny i zapobiedz dostaniu się wydzieliny rannéj do jamy brzusznéj. Wymagania te napotykają przy wycięciu macicy *in situ* czy to przez jamę brzuszną, czy też to przez pochwę na nieprzebyte trudności." Obecnie metodę tę, o któréj marzył Kaltenbach posiadamy, a wyniki dotychczasowe, lubo jeszcze nie czynią zadość wszystkim wymaganiom, to przecie pozwalają mieć nadzieję, że rak macicy przestanie być cierpieniem nieuleczném.

W najnowszéj rozprawie Czernego (*Beiträge zur vaginalen Uterusexstirpation. Berlin. klin Wochenschr.* 1882, Nr. 46) znajdujemy 81 przypadków wycięcia macicy przez pochwę, z tych 26 z zejściem śmiertelném. Jeżeli dodamy do tego 5 przypadków, o których wspomina Mikulicz (O użyciu jodoformu w leczeniu ran, Przegląd Lekarski 1881), a z których 4 zakończyły się pomyślnie (z tych jeden operowany przez Mikulicza), 2 przypadki Sängera (*Archiv f. Gynaek.* XX, 2), 2 nowe pomyślne przypadki Veita (*Deutsche med. Wochenschr.* 1883, Nr. 1), 2 również pomyślne przypadki Kraussolda (*Centralbl. f. Chir.* 1883, s. 2), 1 przypadek Pawlika (*Wiener Klinik* 1882, XII), a wreszcie opisane wyżéj 3 przypadki prof. Mikulicza natenczas mieć będziemy 96 przypadków, z tych 69 wyleczeń, czyli że śmiertelność po téj operacyi wynosi 28·1%. A zatém według zestawienia Heidlena (l. c.) procent śmiertelności po wycięciu macicy wynosił 36%. Czerny mógł go obniżyć do 32%, według zaś powyżéj przytoczonych liczb spadł on w najnowszych czasach znowu o 4%.

Mamy jednak uzasadnioną nadzieję, że w najbliższym czasie przy coraz bardziéj udoskonalającéj się technice operacyi, a zwłaszcza przy ulepszoném leczeniu następowém, wyniki te staną się o wiele lepsze i że dojdziemy wreszcie do tego celu, że wycięcie całéj macicy nie będzie połączone z większém niebezpieczeństwem niż cięższe przypadki owaryjotomii lub wycięcia sutka.

Na dotychczasowe polepszenie wyników po operacyi wpłynęły głównie trzy czynniki, mianowicie wydoskonalenie techniki operacyjnéj, uproszczenie leczenia następowego a wreszcie ściślejsze stawiania wskazań.

Nie będę się tu długo rozwodził nad techniką operacyjną, dokładny jéj opis znajdujemy w pracy Mikulicza (*Uiber die Totalexstirpation des Uterus, Wiener med. Wochenschr.* 1881, Nr. 47 i nast.) i Czernego (l. c.); chciałbym tylko pokrótce omówić kilka szczegółów spostrzeganych w opisanych wyżéj trzech przypadkach.

Na wielką uwagę zasługuje przedewszystkiém przygotowanie do operacyi, a mianowicie jak najstaranniejsze od-

wonienie rozpadającego się nowotworu; gdyż gnijące części jego dostawszy się przypadkiem do saméj rany mogą bardzo łatwo wywołać ropne zapalenie tkanki łącznéj w miednicy, lub zetknąwszy się z otrzewną stać się powodem jéj ostrego zapalenia i śmiertelnego zejścia. Na szczegół ten kładą nacisk wszyscy autorowie i podają różne środki zapobiegawcze. Prócz kilkakrotnego przestrzykania 5% rozczynem karbolu radzi Olshausen (*Uiber Totalexstirp. des Uterus nach zehn eigenen Fällen, Berl. klin. Woch.* 1881, Nr. 35) wytrzeć dobrze całą powierzchnię nowotworu wacikami zamoczonemi w 5% karbolu. W razie mocnego rozpadu nowotworu dobrze jest wyskrobać go, jeżeli siły choréj na to pozwalają. Caselli (*Raccoglitore medico* 1881, str. 290) poleca odpalić gałwanokauterem część pochwową, a oddaliwszy w ten sposób najbardziéj rozpadającą się a zatém najniebezpieczniejszą część nowotworu przystąpić dopiero do wycięcia macicy. Mikulicz we wspomnianéj pracy podaje myśl, by w danym razie wykonać operacyję niejako dwuczasowo, tj. odłączyć najpierw szyję macicy i odciąć rozpadający się nowotwór, a dokonawszy tego wymyć dokładnie narzędzia i ręce 5% karbolem i dokończyć operacyi, będąc już bezpiecznym od zakażenia rany.

W naszych 3 przypadkach nie uciekaliśmy się do tych środków. Przestrzykiwanie dwa razy na dzień 5% rozczynem karbolu lub octanem glinowym i zakładanie gazy jodoformowéj do pochwy wystarczyło do dostatecznego odwonienia nowotworu.

Pozwolę sobie jednak dodać, że w czwartym przypadku znajdującym się obecnie w klinice, środki te okazały się niedostateczne. Prof. Mikulicz wyskrobał nowotwór zajmujący całą jamę macicy, którą wypełniono 50% gazą jodoformową. Mimo to cuchnienie cokolwiek się tylko zmniejszyło. W obec tego więc, że nie możemy być nigdy pewni zupełnéj desinfekcyi raka, musimy i podczas operacyi starać się zapobiedz możliwemu zakażeniu rany, a do tego ma służyć ciągłe skrapianie pola operacyjnego 3% karbolem. W żadnym z naszych przypadków nie widzieliśmy złych skutków z tego postępowania, u żadnéj choréj nie było objawów działania karbolu na cały ustrój, nie było karbolu w moczu, a przyznać przecie trzeba, że 3% kwas karbolowy łepiéj zapobiedz może zakażeniu rany niż polecany przez Czernego 1% rozczyn tego kwasu. Z tego samego powodu używa prof. Mikulicz do wycierania rany w téj operacyi wyłącznie wacików zmaczanych w 3% karbolu, z których każden po jednorazowém zetknięciu się z raną zaraz się odrzuca. Po rozszerzeniu pochwy przez wprowadzenie wziernika rynienkowatego i odciągnięcie ścian górnych i bocznych pochwy szpatułkami drewnianemi chwyta się macicę hakami lub kleszczami ostremi i ściąga się ją nieco ku dołowi. Przy tém napotyka się często znaczne trudności z powodu, że haki wyrywają się z kruchéj tkaniny przy najmniejszém pociągnięciu, jak to miało miejsce w naszym drugim przypadku. W celu zapobiegnięcia téj niedogodności poleca Olshausen (l. c.) używać haków nie bardzo ostrych; u naszéj choréj bardzo dobre oddały usługi kleszcze harpunowate prof. Mikulicza. Narzędzie to ma tę wielką zaletę, że można je wygodnie wprowadzić do jamy macicy, a doszedłszy po za granice nowotworu, otwiera się narzędzie, przez co wbijają się jego końce w zdrowe ściany macicy, gdzie trzymają się znacznie lepiéj niż w kruchéj tkance nowotworowéj.

Drugiém niebezpieczeństwem śród téj operacyi jest krwotok. W celu zmniejszenia go poleca Czerny (l. c.) uciskanie aorty. W żadnym z naszych przypadków środka tego prof. Mikulicz nie stosował, nie mogę więc ocenić jego skuteczności, zdaje mi się jednak, że przez staranne zakładanie podwiązek można dokonać operacyi bez znaczniejszego krwotoku, a oszczędza się jednego asystenta i to asystenta, któremuby można powierzyć czynność tak mozolną i trudną jak uciskanie aorty, jeżeli ono ma coś pomódz, a nie być tylko środkiem iluzoryjnym lub nawet szkodliwym przez ucisk żyły głównéj.

Różne podawano środki w celu jak najpewniejszego zapobiegnięcia krwotokowi. Ruggi np. radzi otworzyć jamę brzuszną (*Raccoglitore medico* 1880), założyć tędy na więzadła szerokie odpowiednie kleszcze, następnie przebić sklepienie i przez ten otwór założyć podwiązkę obejmującą na raz całe więzadło, poczém można wydobyć macicę prawie bez krwotoku. Postępowanie, o ile mi wiadomo, nie znalazło naśladowników. Pomijając już bowiem powikłanie operacyi przez otwarcie jamy brzusznéj, to podwiązka obejmująca tak znaczną ilość i tak niejednolitéj tkaniny, jaką jest więzadło szerokie, nie może trzymać dobrze, zesuwa się bardzo łatwo, a w takim razie mielibyśmy do czynienia z krwotokiem bardzo trudnym do zatamowania.

Najpewniejszym jeszcze środkiem uchronienia się od krwotoku pierwotnego lub następowego jest zakładanie podwiązek *en masse*, lecz obejmujących tylko małe pęczki tkaniny. W celu zapobiegnięcia zesunięciu się podwiązek poleca Olshausen zakładanie pętli drucianéj lub podwiązki elastycznéj i odcinanie ujętego pasma daleko od podwiązki, choćby nawet w samym nowotworze, gdyż i tak części jego na zewnątrz od podwiązki obumierają. Prof. Mikulicz używał w swych przypadkach również podwiązek *en masse*, zakładając je według metody używanéj przez Billrotha w ten sposób, że zamkniętemi kleszczami Péana oddzielał pasmo tkaniny, grube najwięcéj na 1/2 cm., które następnie uciskał mocno temi kleszczami jak najdaléj od nowotworu. Podsunąwszy następnie nitkę grubego jedwabiu pod ujęte pasmo zawięzywał je po usunięciu kleszczy tak, że nitka przypadała dokładnie w bruzdę wyciśniętą poprzednio kleszczami i przecinał związane w ten sposób pasmo przynajmniéj na 1/4 do 1/2 cm. od nitki. Założona w ten sposób podwiązka nigdy się nie zesunęła. Mimo to krwotok, jak to wspomniałem w historyi chorób, był zwłaszcza u dwóch pierwszych chorych dość znaczny z naczyń przedartych przy oddzielaniu pojedyńczych pasm więzadła. Krwotok ten tamowano częściowo przez ujęcie naczynia i podwiązanie go osobno a jeżeli to się nie dało uczynić, oddawało bardzo dobre usługi uciśnięcie krwawiącego miejsca tamponami z gazy jodoformowéj. Oddzielenie macicy w ten sposób od otaczających tkanin uskuteczniał prof. Mikulicz o ile to było możebne *in situ*, ściągając ją tylko ku dołowi, poczém dopiero przystąpił do wywrócenia trzonu macicy przez sklepienie tylne. Ta część operacyi sprawiała już wielu operatorom znaczne trudności a w przypadku Novary (*Independente*, 1881, Nr. 7) ściągnięcie trzonu macicy było wprost niemożebne. W celu ułatwienia sobie tego aktu używał Martin szerokiéj łyżki Simona, która wprowadzona przez otwór w jamę Douglasa miała służyć niejako za sanki, po których trzon macicy dałby się łatwo zesunąć w dół. Nadto do wywrócenia macicy używa Martin osobnego narzędzia (*Zur Technik der vaginalen Uterusexstirp. Centralblatt f. Gynäk.*, 1881, Nr. 5), które wprowadza do jamy macicy i używa go jako dźwigni do zepchnięcia trzonu macicy. Olshausen używa w tym celu

nie bardzo ostrych haków, które wprowadza przez jamę Douglasa do jamy brzusznéj i wbija je w szczyt macicy. Sądziłbym jednak, że postępowanie to, nawet jeżeli haki są prawie całkiem tępe, mogłoby pociągnąć za sobą nieprzyjemne skutki. U drugiéj naszéj choréj na przykład pętla jelit była przyrośnięta do szczytu macicy, bardzo więc łatwo możnaby ją zranić wprowadzonym hakiem.

Zresztą wyciągnięcie macicy na zewnątrz nie przedstawiało w żadnym z opisanych wyżéj trzech przypadków szczególnych trudności, jak sądzę właśnie z powodu poprzedniego prawie zupełnego oddzielenia jéj od części sąsiednich. Nawet w przypadku trzecim, w którym trzon macicy był znacznie powiększony, udało się ściągnąć go przez tylne sklepienie za pomocą dwóch haków, wbijanych naprzemian coraz to wyżéj w wysuwającą się macicę. Jedynie w przypadkach, w których macica jest mocno przytwierdzona z powodu przebytego zapalenia kołomacicznego, mogłoby ściągnięcie jéj trzonu przedstawiać bardzo znaczne trudności; w takich razach, jakotéż przy bardzo znaczném powiększeniu trzonu macicy może postępowanie Martina oddać dobre usługi, może lepsze, niż polecane przez P. Müllera (*Centralblatt für Gynäcol.* 1882, Nr. 8) rozcięcie macicy na dwie połowy. Z powikłań mogących się zdarzyć podczas operacyi na szczególną uwagę zasługują zranienia moczowodów i pęcherza. W pierwszym też opisanym wyżéj przypadku, w którym nowotwór rozszerzył się już znacznie, i w którym z tego powodu oddzielenie macicy było bardzo trudne, ujęty został w kleszcze Péana prawy moczowód, jednak prof. Mikulicz spostrzegł to zaraz, moczowód usunięto natychmiast na bok, a powikłanie to nie wywołało żadnych złych następstw. W tym samym przypadku zdarzyło się przedarcie pęcherza moczowego w miejscu, gdzie nowotwór zajął znaczną część jego ściany, tak że prawie tylko błona śluzowa była nietknięta. Przypadek ten jednak wykazał, jak korzystne jest wprowadzenie cewnika do pęcherza. Olshausen jest zdania, że można się obejść bez téj ostrożności, utrzymując, że cewnika leżącego w pęcherzu nie czuć palcami odddzielającemi macicę a zatém zwróconemi stroną grzbietową ku pęcherzowi. To prawda, jednak cewnik może każdéj chwili służyć do zoryjentowania się co do położenia pęcherza, a nadto chroni pewnie od przeoczenia przedziurawienia pęcherza, jeżeli się to przypadkiem zdarzyło. Otwarcie zaś pęcherza naumyślne lub przypadkowe, lecz na czas spostrzeżone, jest powikłaniem prawie całkiem nie wpływającém na dalszy przebieg gojenia się. Należy tylko otwór w pęcherzu dokładnie szwem zamknąć i następnie leczyć chorą tak, jakby pęcherz nie został uszkodzony. Dowodzi tego obok kilku znanych już przypadków także pomyślny przebieg u naszéj choréj.

Wypadnięcie kiszek przez otwór pozostały po wyjęciu macicy, czegoby się *a priori* można obawiać, nie było dotąd powodem jakiegoś niebezpieczeństwa. W drugim z naszych przypadków została ściągnięta do pochwy pętla kiszek cienkich przyrośnięta do szczytu macicy, lecz po oddzieleniu tego przyczepienia kiszka prawie sama cofnęła się do jamy brzusznéj i nie okazywała żadnéj skłonności do ponownego wypadnięcia. Powodem tego jest zapewne to, że brzegi rany po wyjęciu macicy pozostałéj zamykają jamę brzuszną, jak na to zwrócił uwagę Mikulicz (l. c.) nakształt wentyla, który zamyka się tém szczelniéj, im mocniejszy jest ucisk śródbrzuszny. (Dok. nast.)

II. Z Zakładu sądowolekarskiego prof. Blumenstoka w Krakowie.

Kazuistyka sądowo i policyjnolekarska.

I.

Noworodek żywy wydobyty z dołu kloacznego; śmierć po upływie 20 godzin.

Podał **Dr. Ignacy Schaitter**,
demonstrator przy tymże Zakładzie i lekarz sądowy.

Dnia 16 listopada 1882 r. F. S. wyszedłszy zrana do wychodka w podworcu domu, który zamieszkiwała, ujrzała, że śnieg, którym przysypany był kał zaledwie zmarznięty porusza się; odgarnąwszy cienką jego warstwę spostrzegła noworodka, którego przy pomocy zwołanych sąsiadek wydobyła i ukąpawszy w letniéj wodzie zdołała pobudzić do oddechania i krzyku. Z wychodka, w którym dziecię znaleziono, prowadziły ślady krwi do sieni, kończąc się większą kałużą krwi tuż przed drzwiami mieszkania podeszłéj kobiety; ślady te osoba nieznana starała się właśnie uprzątnąć i na nią téż natychmiast padło podejrzenie usiłowanego dzieciobójstwa. Uwięziona Katarzyna G. nie przyznała się do zarzuconéj sobie zbrodni, podając, że około godziny 10 rano dnia tego uczuła okropne boleści, nie sądziła jednak, aby już miał nastąpić poród, którego się wcale nie spodziewała jeszcze, albowiem według swego obliczenia mogła się znajdować dopiero w 6 miesiącu ciąży. Do wychodka weszła mając odbyć zwyczajną potrzebę, lecz zaledwie nachyliła się nad otworem, wypadło coś z niéj do dołu kloacznego, wtedy nie wiedziała co się z nią dzieje, czuła tylko okropne boleści a nie spodziewała się, że poród dziecięcia może się odbyć tak szybko; nie wrzuciła dziecięcia do kloaki, ani téż mogła temu przeszkodzić, będąc bardzo cierpiącą i prawie bez przytomności. Łożysko odeszło już po powrocie do izby a obwiniona przypomniawszy sobie, że pozostawiała ślady krwi w sieni, wyszła z izby powtórnie, aby je usunąć. Świadkowie przesłuchiwani w śledztwie a zaprzysiężeni przy rozprawie ostatecznéj zeznawali, że Katarzyna G. odszedłszy ze służby niedaleko Krakowa przyszła do miasta i wieczorem dnia 15 listopada zaszła do mieszkania Maryjanny D. znajoméj swojéj, aby tam przenocować. Gdy jéj noclegu nie odmówiono, położyła się, jednak niebawem zaczęła się uskarżać na dolegliwe bóle w brzuchu. Maryjanna D. nie wiedząc w jakim stanie G. się znajduje, nie przypisywała tym bólom właściwego znaczenia i słowa obwinionéj: „że też i na mnie przyszło to świństwo“ nie wzbudziły w niéj ani w obecnym jéj mężu żadnego podejrzenia. Noc minęła spokojnie. Zrana około 9téj rozeszli się małżonkowie do swoich zajęć pozostawiając w domu gościa, uskarżającego się na dolegliwe bóle, a Maryjanna D. obiecała jéj nawet przynieść lekarstwo z apteki. W ich nieobecności nastąpiło zajście poprzednio opisane, o którém dowiedzieli się od sąsiadów. Kobiety, które dziecię z kloaki wydobyły i ukąpały, zeznały, że na wezwanie jednéj z nich pobiegły do wychodka i widziały dziecię pokryte śniegiem a na podłodze wychodka na śniegu widać było ślady jakby od palców i kilka kropel krwi na deskach. Dziecię przeniesione wraz z matką do więzienia umarło we 20 godzin po urodzeniu a protokół sekcyi wykonanéj dnia 18 listopada opiewa jak następuje:

I. Oględziny zewnętrzne. 1. W trumience białéj drewnianéj leżą zwłoki dziecka płci żeńskiéj owinięte w szmaty i watę, po zdjęciu których i ułożeniu na stole okazało się

co następuje: 2. Długość ciała wynosi 34 centim., ciężar ciała 935 gramów. 3. Wymiary główki wynoszą: poprzeczny przodkowy 5 cm, poprzeczny tylny 6 cm., prosty $8\frac{3}{4}$, ukośny większy $9\frac{1}{4}$. Szerokość barków $9\frac{1}{2}$, odległość krętarzy $5\frac{1}{2}$. 4. Stężenia trupiego nie ma, skóra żywoczerwona, na brzuchu zielonawa; na skórze są obfite ślady waty przylegającéj. 5. Włosy na głowie jasne, rzadkie i krótkie ($1\frac{1}{2}$ cm. długie), na plecach i grzbiecie obfity meszek, błony źrenicznéj już nie ma, również w zagubach ciała nie widać mazidła skórnego. Paznogcie u rąk cienkie, miękkie, nie dochodzące do końców palcowych, chrząstki uszne miękkie, cienkie; wargi sromne większe nie pokrywają mniejszych. 6. W nasadach dolnych kości udowych oraz w kościach skokowych nie ma śladu jądra kostnego. 7. Pępowina podwiązana koronką białą; 5 cm. długa, sucha, ciemno-brunatna, prawie czarna, pergaminowa, w pierścieniu brzusznym obwodowo nieco oddzielająca się, koniec wolny strzępiasty przechodzi w strzęp cienki 2 cm. długi. 8. Z wyjątkiem lekkiego zabarwienia zielonawego nad guzem czołowym lewym nie ma nigdzie śladu obrażenia.

II. Oględziny wewnętrzne. 9. Skóra czaszkowa po stronie wewnętrznéj blada; okostna nad guzem czołowym lewym krwią podbiegła w objętości 3 cm. wzdłuż i $1\frac{1}{2}$ cm. wszerz. 10. Kości czaszkowe nigdzie nie uszkodzone, jednak słabo rozwinięte, bardzo miękkie. Ciemiączko przodkowe $3\frac{1}{2}$ cm. długie a $1\frac{1}{2}$ cm. szerokie. W zatoce sierpowatéj większéj nie ma krwi. 11. Opony mózgowe niedokrewne. 12. Mózgowie blade, bardzo wilgotne, zwoje płytkie a w płatach skroniowych wcale nie wytworzone, tak że krzywizny tych płatów są gładkie i jednostajne. 13. Na rozkroju mózg blady, w komórkach bocznych, w 3ciéj i 4téj, prócz płynu surowiczego białego, dość obfitego, nie ma nic uderzającego. Po wyjęciu mózgowia na podstawie czaszki pozostaje dość dużo surowicy czystéj. 14. Po oddzieleniu opony twardéj i otwarciu jam bębenkowych ostatnie nie okazują galarety; za pomocą rurek szklanych wyciągnięto z obydwóch jam płyn w nich znajdujący się i przechowano go do późniejszego badania. 15. Po otwarciu jamy brzusznéj wylewa się z niéj kilka łyżek płynu przeźroczystego, ciemno żółtego; warstwy tłuszczowéj pod powłokami prawie nie ma. 16. Wyjęto trzewa piersiowe i podwiązano tchawicę, poczém wszystkie razem rzucono do naczynia napełnionego wodą zimną; płuca pływały, jakkolwiek głęboko w wodzie zanurzając się. 17. Pod opłucną w kilku miejscach, jakotéż pod osierdziem nieliczne, bardzo drobne wynaczynionki. 18. Płuca bardzo małe, nie wszędzie zawierają powietrze; na powierzchni zewnętrznéj odróżnić można liczne miejsca bezpowietrzne, niżéj poziomu ogólnego leżące, barwy blado-brunatnéj, podczas gdy większa część płuc jest jasno-czerwono zabarwioną. 19. Język i przełyk nie zbaczają, gardziel próżny. 20. W krtani i tchawicy znajduje się cienka warstwa śluzu, który wyjęto i na szkiełku przechowano. 21. Płuca na rozkroju mało w krew obfite, w oskrzelach znajduje się nieco śluzu, z którego kilka kropli przechowano na szkiełku. 22. Budowa serca rozwojowi ciała odpowiednia, w komórkach nieco krwi płynnéj. 23. Wątroba i śledziona nie zbaczają. 24. Nerki zrazikowe, na przekroju blade. 25. Pęcherz moczowy próżny. 26. Żołądek zawiera tylko trochę śluzu, jest zresztą zapadły. 27. Jelita tak cienkie, jako i grube wypełnione szczelnie smółką ciemno-zieloną bardzo gęstą. Błona śluzowa prawidłowa.

Płyn wyciągnięty za pomocą rurek szklanych z obydwu jam bębenkowych nie zawierał mimo skrzętnego badania ani ciał obcych ani części składowych potoku. Płyn wydobyty z tchawicy i oskrzeli również nie zawiera ciał obcych ani części składowych potoku, lecz oprócz części rozpadowych pojedyncze komórki przybłonka wałeczkowego, gdzieniegdzie z rzęsami.

Badanie sądowolekarskie obwinionéj wykazało u osoby 39 lat liczącéj, dobrze zbudowanéj i nie źle odżywionéj następujące zmiany: *a)* obydwa sutki znacznie powiększone obwisłe, przy badaniu wyczuć można przewody mleczne postronkowate, obwódki ciemno zabarwione, za uciskiem wychodzi płyn mleczny. *b)* W jamie brzusznéj wyczuć można macicę, znacznie powiększoną, sięgającą do wysokości 2 palców niżéj pępka. *c)* Z części rodnych wypływ brudnokrwawy, cuchnący; badanie wewnętrzne uznano za zbyteczne i przeciwwskazane z powodu, że znawcy odbyli krótko przedtém sekcyję.

Orzeczenie: 1. Badanie wykazało, że Katarzyna G. jest położnicą i że rodziła przed kilku dniami.

2. Dziecko jéj było niedonoszoném, albowiem urodziło się pomiędzy 6 a 7 miesiącem życia płodowego; dowodem tego: *a)* ciężar ciała i jego długość, *b)* wymiary główki, barków i miednicy, *c)* stan paznogci i chrząstek usznych, *d)* brak jądra kostnego w nasadach kości odnóg dolnych, *e)* słaby rozwój kości czaszkowych i mózgowia.

3. Dziecko to urodziło się żywém i żyło 1—2 dni.

4. Było ono po urodzeniu kąpaném, jak tego dowodzi brak mazidła skórnego.

5. Przyczyną śmierci jego była dość rozległa niedodma płuc wrodzona, która u noworodków zawsze jest niebezpieczna, zwłaszcza u niedonoszonych.

6. Brak wszelkich ciał obcych tak w jamach bębenkowych jakotéż w śluzie wyjętym z tchawicy i oskrzeli dowodzi, że niedodma nie powstała w skutek aspiracyi lub połknięcia płynu kloacznego.

7. Również i spadnięcie do kloaki nie przyczyniło się do śmierci dziecięcia, ponieważ oprócz nieznacznego sińca nad guzem czołowym lewym nie znaleziono na ciele jego żadnych obrażeń.

8. Z tych powodów oświadczamy się za tém, że śmierć dziecięcia K. G. nastąpiła w skutek wrodzonéj słabości i przedwczesnego porodu.

Dnia 13 lutego 1883 przyszło do rozprawy ostatecznéj przed trybunałem przysięgłych przeciw Katarzynie G. oskarżonéj o usiłowane dzieciobójstwo. Z zeznań świadków przywołanych do rozprawy okazało się, że sam poród miał się odbyć natychmiast po opuszczeniu izby a więc jeszcze w sieni, ztąd dopiero miała K. G. zanieść dziecię do kloaki i przysypać warstwą śniegu, któryby się przez ten krótki przeciąg czasu nie mógł był dostać do dołu kloacznego w warstwie dostatecznéj do pokrycia ciała noworodka, który ugrzązł nawet częściowo w gęstym kale. Oskarżona przyznała, że już po raz wtóry była nieślubnie brzemienną, pierwsze jéj dziecię umarło w kilka miesięcy po urodzeniu, przeczy jednak, jakoby posiadała była świadomość właściwego znaczenia bólów; przeczyła twierdzeniu, że poród odbył się jeszcze w sieni, utrzymując stanowczo swoje pierwotne zeznanie: jakoby była zaskoczona porodem na wychodku, że zaś dziecka nie starała się z kloaki wydobyć, usprawiedliwiała tém, że cierpiała nader silne bóle i nie wiedziała nawet, co się z nią dzieje. Znawcy powtórzyli powyższe orzeczenie a na zapytanie Sądu, czy mogła Katarzyna G. ocenić znaczenie bólów, odpowiedzieli twierdząco ze względu, że oskarżona

znajdowała się w ciąży po raz wtóry. Na zapytanie, czy K. G. podczas porodu była nieprzytomną odrzekli, że mogła być zakłopotaną ale była zupełnie przytomną, skoro powróciła do izby a z niéj wyszła znów celem uprzątnienia śladów krwi w sieni.

Ława przysięgłych uwolniła werdyktem swoim K. G. od oskarżenia o usiłowanie dzieciobójstwa, wykluczając 6ma głosami wyrazy: „w zamiarze odebrania życia“, a uznała ją winną wykroczenia przeciw bezpieczeństwu życia i zatajenia porodu, za co K. G. uległa karze ścisłego aresztu przez 4 miesiące.

W przypadkach podobnych do opisanego rozchodzi się o to, aby wykazać, czy istnieje jaki związek przyczynowy pomiędzy śmiercią noworodka a szkodliwością, na którą był narażony. Samo bowiem usiłowanie dzieciobójstwa obchodzi tylko sędziego, dla lekarza jedynie ważną jest rzeczą sprawdzić, czy dziecko umarło w skutek czynu przedsięwziętego przez matkę, lub téż, czy czyn ten choć przyczynił się do śmierci. W danym przypadku dziecko narażone było na kilka szkodliwości, a każda z nich według doświadczenia mogłaby śmierć jego sprowadzić. Dlatego lekarz przystępujący do sekcyi takiego noworodka winien mieć na uwadze wszystkie te okoliczności i od razu uwzględnić wszystko, co w następstwie prowadzić może do wyjaśnienia pytań, które sędzia zadawać musi. Ze szkodliwości wspomnianych najmniejszéj doniosłości było rzucenie dziecka do kloaki, a to z powodu, że odległość deski wychodkowéj od dołu kloacznego wynosiła tylko 90cm. (jak późniéj sprawdzono), a powtóre ponieważ kości czaszki płodu niedonoszonego mniej zapewne są skłonne do pęknięcia niż czaszka płodu donoszonego. Do téj szkodliwości możnaby odnieść jedynie siniec na sklepieniu czaszki dziecięcia, jednak pomijając okoliczność, że siniec ten mógł powstać przy samym porodzie, to przypuściwszy nawet, że powstał w skutek spadnięcia do kloaki, jest on obrażeniem bardzo nieznacznêm i nie stoi w związku z żadną zmianą ani w kościach czaszki ani w mózgu.

Drugą niemniej ważniejszą szkodliwością było dostanie się noworodka do kału, albowiem doświadczenie uczy, że w ten sposób giną noworodki skutkiem aspiracyi płynu kloacznego zamiast powietrza. Trudno na razie oznaczyć, jakim był kał, wśród którego znalazło się dziecię w dole kloacznym, może właśnie okoliczności, że był z wierzchu zmarznięty, zawdzięcza ono swoje ocalenie, gdyż przy pierwszych ruchach oddechowych nie mógł gąszcz ten wtargnąć do przewodów powietrznych. Mimo to jednak wypadało przy sekcyi dokładnie sprawdzić, czy nie nastąpiła aspiracyja w dwojakim kierunku, t. j. do dróg oddechowych i do uszu środkowych i czy aspiracyja ta nie stała się przyczyną śmierci, jakkolwiek dziecko dopiero późniéj umarło. Wiadomą bowiem jest rzeczą, że w takich razach czasem napotyka się tak w oskrzelach, jakotéż w jamach bębenkowych treść obcą, któréj pochodzenie przez badanie drobnowidowe sprawdzać można. Nadto Schlemmer w pięknéj rozprawie (*Ueber Bronchitis im Säuglingsalter und die Histologie bronchitischer Pfröpfe. Oestr. Jahrb f. Pädiatrik*, 1877, I) zwrócił uwagę, że nieżyt oskrzelowy, będący tak arcy częstą przyczyną śmierci u osesków, zawdzięcza w pewnych przypadkach swój początek właśnie téj treści obcéj, która się dostała do oskrzeli a równorzędnie wywodzi bardzo trafnie z tego samego źródła częstość zapalenia ropnego jam bębenkowych u osesków. Z tych więc powodów badano przy sekcyi od razu treść jam bębenkowych i oskrzeli a wynik ujemny badania dowodzi, że aspiracyi ciał obcych nie było, a têm samem, że na karb jéj śmierci dziecięcia kłaść nie można.

Trzecią szkodliwość, na którą był noworodek narażony, stanowi zimno. Wiadomem jest i stwierdzoném przez doświadczenie, że ciepłota nawet jeszcze powyżéj 0° jest dostateczną do sprowadzenia śmierci noworodka ze zmarznięcia. W naszym przypadku niepodobna oznaczyć ściśle, jak długo było dziecię narażone na działanie zimna; jeżeli jednak zważymy, że matka wyszła z wychodka, pozostawała jakiś czas w izbie, gdzie odeszło łożysko, a dopiero gdy powtórnie wyszła do sieni, kobiety dziecię wydobyły, to usprawiedliwionêm zdaje się być przypuszczenie, że dziecię pozostawało w śniegu co najmniéj 5 do 10 minut; narażone przez ten czas na działanie temperatury topniejącego lodu, przychodzi jeszcze następnie do siebie i żyje przez kilkanaście godzin pomimo, że było niedonoszone. Znane są przypadki, w których noworodki donoszone, zagrzebane w nawozie zimową porą, następnie wydobyte i cucone dawały oznaki życia; w tym jednak przypadku śnieg pokrywający ciało dziecięcia nie mógł mieć dla niego tego ochronnego znaczenia co nawóz w grubéj warstwie, gdyż śnieg sam przez się był źródłem ciepłoty niebezpiecznéj dla życia, a więc pokazuje się, że owo prawidło podawane przez Caspra i innych lekarzy sądowych, że noworodek nieokryty ginie nawet przy temperaturze + 8° do + 10°C., ma swoje wyjątki albo przynajmniéj. że do śmierci ze zimna potrzeba przecież i u noworodka dłuższego czasu. Ale w danym przypadku można nawet wykluczyć wpływ zimna na śmierć późniéj powstałą, któregobyśmy nie mogli wykluczyć, gdybyśmy znaleźli np. nieżyt oskrzelowy.

Z tych więc powodów wypadało oświadczyć się za têm, że dziecko nie umarło skutkiem rzucenia go i leżenia przez kilka lub kilkanaście minut w kloace, lecz że przyczyną śmierci jego była niedodma i niedostateczny rozwój.

Polegając na długości ciała, trzeba było przypuścić, że zeznanie badanéj, jako znajdowała się w 6tym miesiącu ciąży, było zbliżoném do prawdy, bo dziecko nie miało jeszcze 7 miesięcy życia płodowego (34cm. · 5 = 6⁴/₅). Dawniéj w takim przypadku nasunęłoby się z pewnością pytanie co do zdolności do życia dziecięcia, które to pytanie odpada według obowiązującéj obecnie ustawy. Byłoby to znów pole do sprzeczki, czy dziecko takie należy uznać za zdolne do życia lub nie, jakkolwiek w danym razie złożyło ono dowód zdolności do życia, skoro nie zginęło w warunkach tak niepomyślnych.

III. Oceny i sprawozdania.

Schottelius: **Perlica i gruźlica.** — Lichtheim: **Laseczniki gruźlicze.** — Cramer: **Laseczniki „gruźlicze“ w stolcach ludzi zdrowych.**

Dziwnemi zaiste drogami kroczy duch ludzki na drodze do poznania prawdy. Chwilami zdaje się, żeśmy krok naprzód uczynili, a już słyszeć się dają głosy, że błądzimy. Krótki zaledwie czas upłynął od chwili, gdy wiadomość o odkryciu Kocha obiegła świat cywilizowany, budząc wszędzie najżywsze zajęcie, rokując nadzwyczajne korzyści dla cierpiących, a już podnoszą się skrupuły, mnożą się wątpliwości i zarzuty tak, że lekarz śledzący z dala gorączkowy ten ruch na polu bakteryjologii gruźliczéj nie wie w koń-

cu, czy się ma cieszyć nowym nabytkiem swéj wiedzy, lub też ubolewać nad łatwowiernością ludzką.

Nie dawno temu w Towarzystwie lek. budapeszteńskiém odezwały się głosy wcale niekorzystne dla nauki Kocha, i to z bardzo poważnéj strony. Na Zjeździe przyrodników r. z. w Eisenach również prof. Pütz z Hali wykazał znaczne niedostatki poglądów berlińskiego „urzędnika zdrowia.“ Za Pützem poszło wielu innych, tak że w miarę wzrastającéj liczby przeciwników nauki Kocha coraz jaśniéj i ściśléj tenże określał swe zapatrywania. Z opozycyi najbardziéj może wysunął się Dr. H. D. Schmidt, prezes Towarzystwa lekarskiego „*Pathological Society*“ w Nowym Orleanie w Ameryce. Schmidt, którego imię i w Europie jest znaném, twierdzi w „*Chicago medical Journal and Examiner*,“ że według jego własnych poszukiwań lasecznik gruźliczy wcale nie jest tworem organicznym, lecz kryształem tłuszczowym.

Najnowszym objawem opozycyi jest praca Spiny w Wiedniu z pracowni Strickera. Spina przeczy zaraźliwości gruźlicy, przeczy jakoby grzybki rozszczepnikowe Kocha były dla gruźlicy swoistemi, przeczy jakoby owe grzybki szczególniejsze okazywały zachowanie względem odczynników, niż np. grzybki gnilne, przeczy jakoby owe grzybki swoiste dostawały się z utkań do plwocin suchotniczych itd. Z prac Kocha wysnuwa Spina tylko ten wniosek, że drogi oddechowe suchotników przedstawiają korzystną glebę dla rozwoju grzybków! Myliłby się jednak ten, ktoby sądził, że po zjawieniu się tych senzacyjnych tez nastąpi długa przerwa poświęcona krytycznéj pracy. Już po kilku zaledwie dniach dowiadujemy się o wykładzie prof. Frischa z dnia 20 stycznia 1883, w nowo utworzonym „Klubie fizyjologicznym“ wiedeńskim. Na podstawie własnych doświadczeń i krytycznego rozbioru pracy Spiny Frisch wypowiada zdanie: „*dass die Leistungen Koch s durch die Arbeit Spina's auch nicht in einem Punkte erschüttert worden sind!*“

W obec tych zjawisk jakżeż mamy prace klinicystów przyjąć, którzy, opierając się na danych drobnowidowych, chcieliby dla chorego człowieka zastósować zdobycze patologa, od których nie podobna żądać krytyki tych właśnie faktów, doświadczalną drogą niezliczonym szeregiem mozolnych prób zdobytych. Ziarenko choć prawdy wszelako wszędzie się znajdzie, a nie wiemy jeszcze, komu przyszłość racyję przyzna. Dziś tylko chcemy czytelnika zapoznać z dwiema pracami ledwie że nie z dwóch przeciwnych obozów: Prof. Schotteliusa: *Zur Kritik der Tuberkulose Frage I. Experimentelle Tuberculose, Perlsucht, Angeborne Disposition, Virchowa Arch.* I zesz. T. 91 s. 129 i prof. Lichtheima w pierwszym zeszycie „*Fortschritte der Medizin*,“ w sprawie znaczenia laseczników Kocha.

Wszystkim wiadomo, że od dawna podejrzywano perlicę bydlęcą jako chorobę pozostającą w wielorakim związku z gruźlicą ludzką. Liczni eksperymentatorowie udowodnili, że perlica zaszczepiona królikom sprowadza u nich typową gruźlicę. Na tych również doświadczeniach opierano w przeważnéj części zdanie, że gruźlica jest chorobą zakaźną.

Koch nawet stanowczo twierdzi, że perlica jest identyczną z gruźlicą ludzką, a zatém chorobą przenośną na człowieka. Otóż przedewszystkiém rozchodzi się Schotteliusowi, czy w istocie obie wzmiankowane sprawy chorobowe można identyfikować. S. upatruje znaczne, istotne różnice między obiema chorobami. I tak przedewszystkiém wybitne są różnice kliniczne: perlica jest chorobą, która zawsze bez wyjątku albo z otrzewny swój początek bierze albo też z opłucny, zawsze pierwotnie jedna z tych obu błon surowiczych zostaje nagabniętą; wprost przeciwnie gruźlica usadawia się pierwotnie w jakimś narządzie a następowo dopiero przechodzi na błony surowicze. Gdy perlica przeszła już na narządy piersiowe, podczas gdy trzewa brzuszne pozostały jeszcze nietknięte, natenczas i odżywienie zwierzęcia nie podupada („*fette Franzosen*“ u ludu niem.); gdy zaś perlicą są dotknięte jelita, zwierzę szybko chudnieje („*magere Franzosen*“), gdyż sprawa chłonienia jest upośledzoną skutkiem ucisku wywieranego przez guzy perlicowe na jelita i naczynia chłonne. We wszystkich przypadkach przebieg perlicy jest wybitnie przewłocznym a śmierć następuje dopiero po długoletniém trwaniu choroby. Zazwyczaj tylko przypadkowo odkrywa się perlicę u bydląt, zabijanych wcale nie z powodu przypuszczalnéj jakiejś choroby.

Przeciwnie znów, typowe i zabójcze przypadki gruźlicy przebiegają szybko, przedstawiając obraz schorzenia całego ustroju. Perlicy ostréj nie ma, perlicy nie towarzyszy nigdy gorączka. Wyjątkowo zjawia się w okresach końcowych gorączka, lecz źródło jéj leży w rozpadzie miąższu płucnego, wessaniu istot gnilnych itd. Różnice anatomiczne obu chorób, względnie produktów chorobowych, niemniéj są wybitne. Wprawdzie tak perlica jak i gruźlica wytwarzają, pierwsza u bydląt druga u ludzi, obrzęki guzowate wielkości ziarna maku aż do wielkości pięści, jednakowoż stanowczo można wykazać [1]:

1) Że najmniejsze guzy perlicowe zawierają prawie zawsze naczynia. Gruzełek zaś prosówkowy ich nie ma.

2) Że i najmniejsze guzki wielkości ziarna konopnego zawierają jedno lub więcéj jąder wapniowych. Po obumarciu komórek rozwija się zawsze zwapnienie, nigdy rozmiękczenie, zwyrodnienie znów gruzełków rozwija się zawsze w postaci stłuszczenia, zserowacenia, a w końcu i rozmiękczenia.

3) Że guzy perlicowe wzrastają w ten sposób, że na drobnych guzach wytwarzają się zwolna nowe „pączki,“ nadające wreszcie guzowi wejrzenie morwowate. Z owych pączków wytwarzają się guzy nowe na kształt grona ze sobą złączone, częścią szypułkowe, zrośnięte ze sobą powierzchniami przylegającemi, przez co powstają duże, zbite masy. Wzrost zaś gruzełków jest wybitnie „obwodowym.“ Nowe gruzełki rozwijają się w zdrowéj jeszcze tkaninie po za obrębem pierwotnego guza, a z nim dopiero wtenczas się łączą, gdy obumarcie tkaniny rozciąga się aż po obręb gruzełka świeższego, to jest gdy miąższ tak jest gruzełkami naciekły, że w ogólności nie ma więcéj pomiędzy poszczególnemi guzkami nietkniętéj tkanki. W dalszym ciągu wykazuje S., że wątpliwą jest rzeczą, czy perlica w ogólności i na zwierzęta tego samego gatunku da się przenieść, u królików powstają te same zmiany, gdy się ich żywi masami perlicowemi lub też gruźliczemi z ludzi pochodzącemi. Wniosek ztąd, że perlica i gruźlica są chorobami identycznemi, byłby niesłuszny. Inaczéj przekonawszy się również, że masy zserowaciałego kilaka zaszczepione do jamy brzusznéj królika sprowadzają zmiany przez wielu „gruźlicą“ zwane, musianoby w końcu identyfikować obie choroby, gdyż obie tenże sam odczyn w ustroju króliczym sprowadzają.

Przypuściwszy nawet, że zaszczepienie królikom perlicy, sprowadza u nich gruźlicę istotną, prawdziwą, to tylko jeden wniosek jest usprawiedliwionym, a mianowicie, że można za

[1]) Różnice drobnowidowe najdokładniéj już Virchow opisał w drugim tomie swéj onkologii.

pomocą istoty niegruźliczéj, tj. perlicowéj, sprowadzić u królików gruźlicę!

S. zwraca się następnie do kwestyi, czy przynajmniéj u człowieka perlica sprowadza gruźlicę, tj. czy spożycie mięsa perliczego grozi gruźlicą? Otóż na podstawie nadzwyczaj mozolnych poszukiwań policyjno-targowych itd. przyszedł autor do bardzo ważnych wyników.

W okolicy Würzburga sprzedaż i spożycie mięsa perliczego została od niejakiego czasu urzędownie dozwoloną, gdyż liczne powagi lekarskie oświadczyły się za nieszkodliwością tego mięsa. Odbiorcom takiego mięsa wolno było spożywać je wyłącznie tylko w najściślejszém kółku rodzinném. Wszyscy konsumenci pozostawają z urzędu pod sumiennym dozorem lekarskim. Mięso perlicze spożywały owe rodziny w najróżnorodniejszéj postaci, nawet nieraz surowe. Od 14 listopada 1867 do 30 listopada 1868 spożyły owe rodziny mięso z 49 sztuk bydła notorycznie perliczego. Od tego czasu zezwolono na sprzedaż tego mięsa, gdyż przekonano się o jego nieszkodliwości. S. przechodzi kolejno historyję owych rodzin, od ostatnich lat piętnastu. Otóż pokazuje się, że najmniejszego wpływu spożycie mięsa perliczego nie miało, że „właśnie ludzie, którzy obficie żywili się mięsem perliczém, odznaczali się silną budową ciała i szczególniéj dobrém wejrzeniem!“

Niemniéj zwalcza S. mniemanie, jakoby mleko krów perliczych mogło przenieść na dzieci gruźlicę, a nawet jakoby z matki gruźlicą dotkniętéj lub z mamki mogła się dziecku udzielić przez mleko gruźlica. Autor též stanowczo występuje przeciw Kochowi i pomimo identyczności laseczników perlicy i gruźlicy nie może się zgodzić na to, aby mięso perlicze uważano na równi z mięsem wąglikowém. Odnośnie do wdychiwań plwocin lub w ogóle mas gruźliczych wyraża się S. bardzo niekorzystnie. Zaprzecza bowiem możebności, iżby na téj drodze u zwierzęcia mogła się rozwinąć istotna gruźlica, zmiany powstające stanowczo nie są gruźliczemi i mogą być wywołane najróżnorodniejszemi bodźcami. Co do ludzi usiłuje znów S. udowodnić, że w gruźlicy ludzkiéj, która rozwija się skutkiem przeróżnych wpływów, laseczniki Kocha tylko drugorzędną odgrywają rolę.

W końcu zwraca się autor do objaśnienia pojęcia „skłonności do gruźlicy (*dispositio*) bądź wrodzonych bądź nabytych.“ Znaną powszechnie jest rzeczą, że zwierzęta roślinożerne daleko częściéj zapadają i giną skutkiem cierpień płucnych niż zwierzęta mięsożerne, w szczególności psy. Autor upatrując przyczynę tego zjawiska w odmiennéj budowie anatomicznéj płuc tych zwierząt przedsięwziął szereg badań na preparatach korozyjnych, przyrządzanych sposobem Hyrtla (*Mastix-Corrosionsmasse*). Otóż przekonał się, że u psów *infundibulum* stanowi rozszerzenie końca obwodowego najdrobniejszych oskrzelików, podczas gdy u królików *infundibulum* tę samą posiada szerokość a miejscami nawet jest węższém niż oskrzelek odnośny (*Infundibularbronchus*). Co do płuca ludzkiego to takowe stoi pośrodku pomiędzy powyższemi granicami, jakkolwiek liczne są różnice osobnicze, do których właśnie należy odnieść ową „skłonność“ do gruźlicy. Nadto u człowieka odgrywa ważną rolę silniejszy lub słabszy rozwój mięśni oskrzelowych [1]) wpływających w wysokim stopniu na wytrzymałość ściany oskrzelowéj, a w szczególności jéj błony śluzowéj. To też zdaniem S. „ci ludzie, u których „układ mięsny słabo rozwinięty, a zatém i budowa oskrzeli „jak u roślinożernych zwierząt, bardziéj są skłonni do naby„wania bodźców chorobowych drogą prądu powietrznego, „aniżeli inni ludzie.“

S. przychodzi do wniosku, że gruźlica w ogólności nie jest etyjologiczną jednostką, — że jakkolwiek Koch udowodnił obecność gruźlicy zakaźnéj (*infectiöse Tuberculose*) — to przecież istnieje jeszcze i postać gruźlicy niezakaźnéj.

Potwierdzenie znów i dalsze niejako uogólnienie poglądów Kocha stanowi praca kliniczna Lichtheima.

Autor zwraca szczególniejszą uwagę lekarzy na rozpoznawczą ważność laseczników gruźliczych; tyczy się to szczególniéj początkowych okresów chorobowych z wątpliwym lub ujemnym wynikiem badania fizycznego. Z pracy Balmera i Fräntzla nie dowiedzieliśmy się, czy znachodziły się laseczniki gruźlicze także w początkowych okresach gruźlicy płucnéj, lub téż nie. Jedynie Hiller spostrzegł owe pasorzyty w dwóch przypadkach krwotoków płucnych, w plwocinie późniéj nieco badanéj, jakkolwiek wynik badania płuc był ujemnym. Otóż i L. przychodzi na podstawie własnych licznych spostrzeżeń do wniosku dla praktyki lekarskiéj, zdaniem naszém, niesłychanie ważnego, że często znachodzą się laseczniki gruźlicze u chorych, gdzie fizyczne badanie żadnych nie wykrywa zboczeń.

Niemniéj ważnym jest inny szczegół. Laseczników gruźliczych brak było we wszystkich tych przypadkach, gdzie choroba rozpoczęła się od zajęcia błon surowiczych a mianowicie zapalenia opłucny lub otrzewny (*Pleuritis* lub *peritonitis tuberculosa*), pomimo że chorzy kaszlali a plwociny nie brakło. Zdaniem L. nie ulega tedy wątpliwości, że:

1) Laseczniki znachodzą się bez wyjątku w obfitéj ropnéj plwocinie suchotników.

2) Przytém niezbędną jest rzeczą, iżby w płucach odbywała się sprawa rozpadowa gruźlicza wśród przystępu powietrza.

3) Brak laseczników, jeżeli pomimo istniejącéj gruźlicy warunku ostatniego (t. j. „komunikacyi z drogami oddechowemi“) nie dostaje.

Ścisłego związku między ilością laseczników a złośliwością przebiegu gruźlicy nie może L. stwierdzić, jak w swoim czasie donieśli Fräntzel i Balmer. Co do stolców u chorych gruźliczych to można było wykazać laseczniki zawsze w przypadkach, gdy istniało rozwolnienie sprowadzone obecnością wrzodów gruźliczych, w gruźlicy otrzewny lub też w sprawie gruźliczéj ograniczonéj wyłącznie do płuc nie można było wykryć laseczników w stolcach. Szczegół ten posuwa rozpoznanie gruźlicy jelit znów o krok naprzód, a mówiąc prawdę, czyni w ogóle ścisłe rozpoznanie możebném [1]), każde zaś udoskonalenie rozpoznania choroby, choćby chwilowo bez widocznych namacalnych korzyści, może w niedalekiéj przyszłości mieć wielką doniosłość. W obec tak pewnych wyników, do jakich doszedł L., wydaje się dziwném twierdzenie Crämera, który wkrótce po ukazaniu się pracy L. przedsięwziął szereg badań. (*Sitzgber. der phys. med. Soc. Erlangen*; ref. w *Wien. med. Blätt.* Nr. 11, z r. 1883). Autor ten wypowiada twierdzenie, że: w licznych przypadkach można wykazać obecność laseczników w stolcach ludzi zupełnie zdrowych; laseczniki te stanowczo ani

[1]) U człowieka wykazał Rindfleisch obecność pierścienia mięśniowego na obwodowych końcach najdrobniejszych oskrzeli t. zw. *Infundibularbronchien*.

[1]) Spotykamy się tu prawie z powtórzeniem uwag wypowiedzianych przez prof. Korczyńskiego na posiedzeniu Tow. lek. krak. jeszcze w listopadzie 1882. *Przyp. Sprawozd.*

oddziaływaniem ani postacią swą ani w ogóle swém zachowaniem się najmniejszéj nie wykazują różnicy od laseczników gruźliczych! Na zakończenie podajemy dla czytelnika spis autorów, którzy dotąd wystąpili przeciw Kochowi: Ephraim Cutter, Rollin R. Gregg, Schmidt, Formad, Sternberg, Beneke, Crämer, Bałogh, Schottelius, Dettweiler, Spina. Nie chcemy sprawy téj daléj rozwlekać..., gdyż trudno dotąd dopatrzeć się, po której stronie prawda. J. Koch nie zwleka z odpowiedzią, albowiem już czytamy w *Deutsch. med. Wochenschrift* sążnistą replikę, a słowa jego zdają się być tak przekonywające, że zaiste w końcu tylko z Faustem wypadałoby nam się przyznać:

„Da steh ich nun, ich armer Thor!
Und bin so klug, als wie zuvor.“

Dr. Pisek.

K. Burger. **Nadnercza i choroba Addisona.**

Autor przychodzi na podstawie 10-letnich spostrzeżeń i doświadczeń do następujących wyników:

1) Nadnercza należy zaliczyć do gruczołów naczyniowych. Nie odbywają one żadnéj czynności koniecznéj dla utrzymania życia.

2) Nadnercza nie stoją w żadnym związku z zabarwieniem skóry w *Morbus Addisonii.*

3) Zabarwienie skóry bronzowe napotyka się nietylko w chorobie Addisona, ale także w różnego rodzaju charłactwach.

4) Zmiany chorobowe w nadnerczach napotyka się często, nie stoją one jednak w żadnym związku ze zbiorem objawów zwanych chorobą Addisona, i nader często przebiegają niespostrzeżenie, nie wywołując żadnych zmian w czynnościach ustroju.

5) Powodem choroby Addisona są zmiany w splocie trzewowym. Powód do tych zmian dają często zmiany patologiczne w nadnerczach, ze zmian tych zaś najczęściéj zapalenie gruźlicze nadnerczy.

6) Choroba zwoju i splotu trzewowego może także powstać samoistnie, lub być następstwem także innych narządów, niekoniecznie nadnerczy, choroba więc Addisona może wystąpić także bez zmian patologicznych w nadnerczach.

(*Die Nebennieren und der Morbus Addisonii. Berlin 1883*).

Dr. Kopff.

J. Hirschler (Buda-Peszt): **Czerwono-widzenie po operacyi zaćmy.**

Autor opisuje rzadkie zjawisko czerwonego widzenia po operacyi zaćmy, które sam na sobie spostrzegał. Miał wzrok krótki stopnia średniego i cierpiał od czasu do czasu na mroczki *(Mouches volantes)* i na *scotoma scintillans fugax.* Jaskrawe światło zawsze go raziło. W roku 1878 rozpoznano na oku lewém rozpoczynającą się zaćmę a dwa lata późniéj także na prawém. W styczniu 1882 wykonano na oku lewém operacyję zaćmy sposobem Graefego, przyczém szeroko wycięto tęczówkę. Gojenie było prawidłowe. Pomimo niezborności miał za pomocą szkieł sferycznych połowę prawidłowéj bystrości wzroku, czytał zaś pierwszy numer skali druków Jaegera. W pięć miesięcy po operacyi wystąpiło czerwono-widzenie. Wieczorem przedstawiało się choremu niebo czerwono a otaczające go przedmioty różowo. W pokoju widział tylko wtenczas barwę czerwoną kiedy spojrzał na okno. To się powtarzało codziennie i trwało każdego wieczora z godzinę. Podczas tego bystrość wzroku nie była upośledzoną. Za dnia zjawiska tego nigdy nie spostrzegał. Jeżeli podczas godziny wieczornéj, w któréj widział wszystko czerwono, zmrużał powieki, tedy czerwony blask który otaczał przedmioty znikał. Stan ten trwał aż do późnéj jesieni.

Autor sądzi, że przyczyną ciekawego zjawiska była wielka ilość światła, która się do wnętrza oka dostawała przez szeroką sztuczną szczelinę tęczówkową. Wielka ilość światła przez cały dzień wpadająca do oka wprawiała obwodowe części siatkówki w niezwykły stan zadrażnienia. Skutkiem tego powstawało znieczulenie a przynajmniéj przytępienie czułości obwodowych części tejże, tak że przy słabszém oświetleniu wieczorném siatkówka na wpływ silniéj załamujących się promieni widma już nie oddziaływała, lecz była jeszcze wrażliwą na czerwone długo faliste promienie, skutkiem czego przedmioty w polu widzenia w czerwonéj przedstawiały się barwie. Za tém tłumaczeniem przemawia także ta okoliczność, że przy zwężeniu szpary powiekowéj czerwone zabarwienie nieba i przedmiotów znikało. (*Wiener mediz. Wochenschrift* 1883 Nr. 4—6). *Dr. E. Machek.*

Wiadomości pomniejsze.

Ω Zinn: **Moczówka cukrowa po szkarlatynie.** *Diabetes mellitus* w wieku dziecięcym jest nader rzadki. W chorobach zaraźliwych napotykano w moczu dzieci cukier tylko w okresie gorączkowym, w czasie wybitnych objawów mózgowych. Autor obserwował przypadek, gdzie moczówka cukrowa wystąpiła jako następstwo szkarlatyny. U chłopca 4-letniego, zdrowego, wystąpiła płonica z dyfteryją, z zapaleniem przewodu usznego środkowego. Objawy szkarlatyny ustąpiły zupełnie, lecz dziecko nie przychodziło do sił, tylko ciągle chudło. Badanie moczu w 3 miesiącu choroby wykazało znaczniejszą ilość cukru. Stósowano wodę karlsbadzką i salicylan sodowy. Procent cukru zmniejszył się znacznie do (0,25%), a w końcu cukier po kilku miesiącach znikł zupełnie z moczu, i chłopiec odzyskał zupełnie zdrowie.

Ω J. Fletcher poleca jako znakomity lek **przeciw zatrzymaniu stolca Cortex Cascara Lagrada.** *Cascara Lagrada, Ramus purschiana* jest małém drzewem dość częstém w północnéj Ameryce. Wyciąg z drzewa jest znakomitym lekiem przeczyszczającym. Działa on podobnie jak *Nux vomica* podniecająco na ruch robaczkowy jelit. Autor używał leku tego w bardzo uporczywych zatwardzeniach. Poleca on go 3 razy tygodniowo po 20 kropli w wodzie ocukrzonéj przez 10 do 14 dni. Podany łyżeczkami lek ten działać ma znakomicie przeczyszczająco, nie wywołując przy tém żadnych ubocznych objawów.

Ω Prof. Nussbaum poleca **Condylomata acuminata penis** pędzlować dwa razy dziennie rozczynem soli kuchennéj a następnie posypywać kalomelem. Skutkiem tego tworzy się sublimat, a kłykciny giną zupełnie, przy czém chory nie doznaje żadnego bólu. Sublimat, lub sublimat z *collodium* bezpośrednio stósowany również gubi kłykciny kończyste, ale wywołuje dość znaczny ból. (*Allg. med. Centr. Ztg.* 1883).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

IV Posiedzenie zwyczajne Tow. lek. krak. z d. 21 lutego 1883.

Przewodniczący: kol. Doc. Obaliński. Członków obecnych 38. Dr. Kłodzianowski jako gość.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i bez zmian przyjęto.

2) Na członków czynnych Towarzystwa jednogłośnie przyjęto: Drów Bętkowskiego, Munka i Cholewicza; Dra Butrymę w Chełmie na członka korespondenta.

3) Przewodniczący oznajmia, że w imieniu Tow. złożył wieniec na trumnie ś. p. prof. Szujskiego.

4) Prof. Dr. Browicz przedstawił i objaśnił 5 okazów z Zakładu anatomii patologicznéj pochodzących, a mianowicie:

a) Zapalenie następowe otrzewny i jéj zwyrodnienie włókniste w skutek przebicia wrzodu gruźliczego jelita biodrowego. Okaz ten wzięty jest z zwłok mężczyzny. Zwoje jelit cienkich silnie ze sobą są w jednę całość zrośnięte. W jednéj z nich znajduje się lejkowaty otwór, na brzegu zgrubiały, jakby obrąbkiem zaopatrzony. Otrzewna tak trzewowa jakoteż i ścienna znacznie zgrubiała, a na powierzchni jéj widać bądź pojedynczo, bądź w ogniska serowate zmienione gruzełki. W jamie otrzewnowéj znajdował się kał jakoteż ciecz posokowata płynna, na ścianach téjże pokłady kału twardego. Prelegent wnosi ztąd, iż indywiduum to po przebiciu jelita dłuższy czas żyć musiało.

b) Drugi okaz przedstawia nowotwór bardzo znacznych rozmiarów, wychodzący z tylnéj ściany macicy. Nowotwór ten jest kombinacyją mięśniaka z mięsakiem (*myo-sarcoma*), a tkanka łączna jego jest w stanie embryjonalnym. Z tychto względów nowotwór ten zasługuje na uwagę.

c) Trzeci okaz wzięty z zwłok chłopca, w klinice prof. Korczyńskiego zmarłego, przedstawia zwyrodnienie włókniste śródpiersia przedniego. Serce zamurowane było w przerosłéj i zgrubiałéj tkance łącznéj i do osierdzia w całości przyrośnięte. Mięsień serca prawidłowy. Puchlina ograniczała się tylko do jamy brzusznéj, a to z powodu przerostu i zwyrodnienia włóknistego więzadeł wnęki wątrobowéj, które na żyłę bramną cisnęły.

d) Czwarty okaz przedstawiał zmiany w żołądku po wrzodzie okrągłym. Ściana żołądka zrośniętą była z wątrobą, a część odźwiernikowa przedstawiała obraz jakby była odciętą i w bliznę po wrzodzie wszytą.

e) Piąty okaz przedstawiał guzik, przypadkowo przy sekcyi w oskrzelu prawym znaleziony. Płuco odpowiednie było rozstrzenią oskrzelową w znacznym stopniu zajęte.

W dyskusyi zabiera głos prof. Korczyński i opowiada szczegółowo historyję choroby chorego, z którego okaz 1szy pochodzi; chory ten bowiem leżał w klinice. Najpierw uderzały objawy zapalenia przewlocznego otrzewny i częściowéj niedrożności przewodu pokarmowego. Przy palpacyi można było wyczuć także guz w dolnéj okolicy brzucha. Chory oddawał stolce z trudnością i to tylko co dni kilka przy pomocy lejka Hegara. Przy podawaniu takowego nie dostrzeżono, aby guz się powiększał. Chory upadał coraz bardziéj na siłach, nędzniał, a w końcu wystąpiły wymioty krwawe ale nie kałowe. Prof. Korczyński zwraca uwagę, że w tym przypadku zauważyć można dwie sprawy patologiczne, a mianowicie sprawę rozpadową, gruźliczą, przedewszystkiém w płucach i kiszkach i sprawę rozrostową tkanki włóknistéj. Te same sprawy miały miejsce i w przypadku 2gim. Chłopiec bowiem, z którego drugi okaz pochodzi, miał zimny ropień na 2gim żebrze, masą serowatą wypełniony; żebro zaś było nekrotycznie zajęte. Za przyczynę głównéj choroby uważa prof. Korczyński prawdopodobnie obustronne zapalenie opłucny, w skutek spadnięcia z wozu, któreto zapalenie przeszło na worek osierdziowy i tkankę łączną śródpiersia przedniego. Przedewszystkiém uderzyć musi brak ogólnéj opuchliny, co jest dowodem, że serce dobrze kurczyć się musiało. Objawy przemawiały za marskością wątroby, a mianowicie opuchlina brzuszna, wątroba twarda, powiększona, także i śledziona. Punkcyja w celach dyjagnostycznych uskuteczniona nie rozjaśniła obrazu. Mimo to rozpoznano tak z zastrzeżeniem a mianowicie z tego względu, że płyn brzuszny nie był podobny do płynów w obec marskości wątroby istniejących. Płyn ten był przedewszystkiém brudny, mętny, wykazywał osad złożony z licznych ciałek krwi i wypocinowych, ciężar zaś gatunkowy jego był wysoki. Wiadomo zaś, że płyn ten w marskości wątroby jest jasny, w osadzie nie można wykazać części morfotycznych, a ciężar gatunkowy jego jest niski. Wśród dalszéj obserwacyi chory zaczął gorączkować a w płucach można było wykazać zagęszczenia szczytowe. Prof. Madurowicz i Dr. Warschauer zapytują mówcę, jakie były objawy wysłuchowe i wypukowe serca, ostatni zaś chciałby wiedzieć, jak się zachowywało tętno. W odpowiedzi prof. Korczyński powtarza, że objawy co do krążenia w ogólności nie przedstawiały nic godnego uwagi i nie spostrzegł téż tak zwanego *pulsum inspiratione cessantem*, które przy zrostach serca z osierdziem czasem się spostrzegać daje.

Na tém posiedzenie zakończono.

Dr. Mendelsburg,
sekretarz.

V Posiedzenie zwyczajne Tow. lek. krak z dnia 7 marca 1883 r.

Przewodniczący: kol. Doc. Obaliński. Członków obecnych 32.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i bez zmian przyjęto.

2) Kol. Dr. Schaitter odczytał pracę swą: „Uwagi nad sądowolekarskiém badaniem plam nasiennych". (Rzecz drukowana w Przeglądzie Lek.) W dyskusyi zabierali głos kol. prof. Blumenstok i Dr. Warschauer.

3) Kol. Dr. Kohn odczytał rozprawę swą: „Zarośnięcie pochwy macicznéj nabyte". (Rzecz ogłoszona drukiem w Przeglądzie Lek.). W dyskusyi zabrał głos kol. Dr. Mars.

Na tém posiedzenie zakończono.

Dr. Mendelsburg,
sekretarz.

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Ω Na jedném z posiedzeń ostatniego kongresu chirurgów w Berlinie Schoenborn okazał guz wydobyty z żołądka z włosów złożony. Młoda dziewczyna ze skrzywieniem boczném stosu pacierzowego, cierpiąca na błednicę, przybyła do kliniki w Królewcu. Uskarżała się ona na gwałtowne przypadłości ze strony przewodu pokarmowego trwające już od trzech lat. Badanie wykazało guz w lewéj części brzucha, dający się łatwo przesuwać, wyczuwalny raz koło pępka to znów w lewém podżebrzu. Kształt tego guza był nerkowaty, wielkość pięści, zbitość dość znaczna, bolesność za dotykiem. Rozpoznanie wahało się między guzem wychodzącym z śledziony lub z sieci a między nerką wędrującą. Przeciw nerce wędrującéj przemawiało tylko to, że bóle w dolnéj części ciała wzmagały się w czasie spokojnego leżenia jakoteż w nocy. Ponieważ siły i odżywienie dziewczyny skutkiem silnych bólów i częstych wymiotów coraz bardziéj upadały, postanowiono wydalić guz za pomocą rękoczynu. Po uskutecznieniu laparotomii okazało się, że guz znajdował się w samym żołądku. Po przecięciu przedniéj ściany żołądka znaleziono guz wolny zupełnie złożony z włosów. Rana żołądka i ścian brzusznych zagoiła się *per primam*. W czasie rekonwalescencyi zeznała pacyjentka, że przed 4ma laty miała zwyczaj odgryzać końce swoich warkoczów i połykać je. Zwyczajowi temu hołdowała wraz z koleżankami szkolnemi przeszło rok, a to w celu uzyskania przez to ładniejszego głosu. Jakkolwiek pacyjentka miała włosy blond, to guz był złożony z włosów ciemnych. S. przypisuje tę zmianę w zabarwieniu włosów wpływowi preparatów żelaza, których pacyjentka długi czas używała. Kształt guza tego nerkowaty, z wypukłością ku spodowi, wklęsłością ku górze jakoteż spłaszczenie w wymiarze środkowym poprzecznym świadczyły, że włosy zbite w kłąb przyjęły postać skurczonego żołądk a Guz złożonym był z włosów krótkich czarnéj barwy, ziarn skrob komórek sarcinowych i innych komórek i włókien roślinnych.

W literaturze znajduje się opis siedmiu podobnych przypadków. Cloquet przypuszcza, że guzy takie napotyka się tylko u obłąkanych. Twierdzenie to jednak jest mylne. W 7miu przypadkach znaleziono podobny guz z włosów złożony u 6 kobiet, i jednego chłopca, którzy byli umysłowo zdrowi. Z 7miu tych pacyjentów sześciu umarło, częścią skutkiem przebicia żołądka i następowego zapalenia otrzewny, częścią zaś skutkiem nieustannych wymiotów. W jednym przypadku tylko nastąpiło wyleczenie skutkiem *Haematemesis*. (*Berl. klin. Wochenschrift*, 1883, Nr. 17).

Statystyka epidemij. W tygodniu od 8—14 kwietnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców w Krakowie 36,1. Zmarło z ospy 0 (4 z. t.); z duru osutkowego 1 (0 z. t.); z zimnicy 0 (1 z. t.). W tygodniu od 1 do 7 kwietnia umarło z ospy w Wiedniu, Budapeszcie, Warszawie, Odesie i Maladze po 2ch, w Amsterdamie 3, w Pradze, w Petersbur-

gu, Aleksandryi i Madrycie po 6, w Paryżu 9, w Walencyi 10, w Baltimore 13, w Nowym Orleanie 56. Z odry wiele umierało w Pradze, w Petersburgu, w Warszawie i Madrycie. Z duru osutkowego umarło w Saragosie 2, w Petersburgu, Madrycie i Maladze po 3. W Aleksandryi więcéj umiera z tyfusu i czerwonki. W Moskwie doniesiono od 24—30 marca o 696 przypadkach chorób zakaźnych; mianowicie: o 193 duru powrotnego, 96 gorączki durzycowéj, 118 odry, 38 błonicy, 34 róży, 23 płonicy, 7 ospy. W styczniu umarło w Moskwie 2571 osób. Pomiędzy temi 94 z duru plamistego, 89 z gorączki tyfusowéj, 44 z duru powrotnego, 35 z gorączki połogowéj, 20 z ospy, 54 z płonicy, 49 z odry, 11 z czerwonki, 45 z błonicy, 13 z dławca, 513 z chorób narządu oddechania, 353 z suchot płucnych.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 1—7 kwietnia umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 32,4; w Warszawie 31,6; w Poznaniu 21,4; w Wiedniu 37,3; w Budapeszcie 35,5; w Pradze 41,1; w Berlinie 23,6; w Wrocławiu 36,4; w Gdańsku 28,6; w Mnichowie 36,4; w Kolonii 29,0; w Lipsku 25,6; w Dreźnie 24,9; w Bazylei 25,4; w Brukseli 33,8; w Amsterdamie 31,4; w Hadze 26,5; w Paryżu 30,4; w Kopenhadze 24,4; w Stokholmie 25,7; w Chrystyjanii 22,2; w Petersburgu 40,9; w Odesie 39,5; w Rzymie 30,4; w Wenecyi 41,0; w Bukareszcie 39,5; w Madrycie 48,7; w Lizbonie 28,9; w Aleksandryi 51,5. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 26 kwietnia. Koleje rządowe niemieckie zniżyły do $1/3$ ceny zwykłéj opłatę za bilety 3ciéj klasy dla następujących kategoryj podróżnych niemajętnych, a mianowicie: dla osób udających się do zdrojowisk, dla dzieci skrofulicznych, wysyłanych do odpowiednich osad na wakacyje, dla osób trudniących się pielęgnowaniem chorych, oraz dla wychowańców zakładów dla niewidomych i głuchoniemych. Postępowanie to jest naśladowania godne i należałoby, aby i u dyrekcyj naszych kolei upomniano się o podobne zasadnicze uwzględnianie ludzi, poratowania zdrowia szukających.

○ Przedsiębiorstwo budowy kolei transwersalnéj ogłasza pierwszy konkurs na posadę lekarza w Mszanie dolnéj, który w części inseratowéj zamieszczamy.

* **Lwów.** Przed samém zamknięciem numeru otrzymaliśmy depeszę następującéj treści: „Od dwóch tygodni panuje tu *Recurrens*; dziś *spiryle* stwierdziłem. *Widman.*"

* **Wiedeń.** Docent prywatny Dr. Nedopil, b. asystent prof. Billrotha, przenosi się jako lekarz praktyczny do Konstantynopola.

□ **Niemcy.** Na wakujące miejsce lekarza miejskiego w Frankfurcie zgłosiło się 93 kandydatów, z których 40 załączyło swe fotografije. (*Allg. med. Ctr. Ztg.*, z 11 bm.)

* Dr. Havemann w Rostoku przyjął posadę lekarza przybocznego królowéj Madagaskaru.

□ **Francyja.** W roku szkolnym 1881—1882 uczęszczało w paryskim Uniwersytecie na wykłady lekarskie 39 takich kobiet, które posiadały wszystkie dokumenty, wymagane przez prawo dla dostąpienia imatrykulacyi. Podług narodowości było: 11 angielek, 10 francuzek, 9 rosyjanek, 5 amerykanek, 1 węgierka, 1 rumunka, 1 indyjanka i 1 polka. (*Le Progrés médical*, Nr. 16).

□ D. 20 maja w Marsylii nastąpi otwarcie wystawy przedmiotów mających związek z fizycznem wychowaniem dzieci; wystawa potrwa przez trzy letnie miesiące i składać się będzie z następujących działów: pożywienie, ubranie, pomieszkanie z wewnętrznem urządzeniem, zabawki, higijena, apteczka, przyrządy i instrumenta, biblijografija, nauczanie i wychowanie, okazy wyrobów, muzeum historyczne i etnograficzne. Podczas wystawy odbywać się będą wykłady z dziedziny fizycznego wychowania i chorób dzieci w formie popularnéj. Wystawę zakończy Zjazd lekarzy, mający za zadanie roztrząsnąć najważniejsze sprawy dotyczące wychowania niemowląt. Zjazd potrwa pięć dni. (*Nice médical*, Nr. 6).

□ **Rosyja.** *Prawit. Wiestnik* donosi, że w okolicy Hadiacza (gub. Pułtawska) odkryto zdroje żelaziste; zamierzoném jest urządzenie leczniczego zakładu. *Zdorowie* powiada, że petersburscy piekarze w takim nadmiarze dodają wody do pieczywa, że ztąd powstające podniesienie wagi chleba kosztuje mieszkańców stolicy o 470.850 rs. więcéj; nigdzie woda nie jest tak droga, jak w Petersburgu.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin.** Drowie Baginsky i Küller habilitowali się jako docenci prywatni. — **Wiedeń.** Z końcem półrocza letniego prof. Arlt ustępuje z katedry swojéj; pomimo całéj rzeskości swéj znakomity profesor liczyć się musi z przepisem ustawy, nieubłaganéj dla starców 70 letnich. Wydział lekarski przedstawił na jego miejsce prof. Stellwaga, dotychczasowego kierownika 2éj kliniki okulistycznéj; najwięcéj zaś szans otrzymania kliniki Stellwaga ma prof. Jäger a względnie uczeń jego prof. Mauthner.

* **Nekrologija.** We Wiedniu umarł radzca rządowy Dr. Andrzéj Bruckmüller, profesor w Zakładzie weterynarskim.

□ W południowych Włoszech umarł przed dwoma tygodniami prof. petersburskiéj med. chirurgicznéj Akademii i dyrektor kliniki położniczéj Dr. M. Horwic. *Wracz* (Nr. 14) wylicza 31 prac zmarłego, ogłoszonych w języku rosyjskim, niemieckim i francuskim.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lek.* Nr. 16: Orłowskiego: O nowoczesném kruszeniu kamieni moczowych sposobem Bigelowa; Dunina: O operacyjném leczeniu wysięków opłucnéj (c. d.); Pacanowskiego: Kilka uwag nad przebiegiem tyfusu brzusznego i wysypkowego (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 16: Dobrzyckiego: Sprawozdanie z działalności lecznicy dla chorych piersiowych w Mieni. (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. J. MAJKOWSKI: Sprawozdanie lekarskie z chorych leczonych w Busku w r. 1882, W[arszawa] 1883, in 8vo str. 16.

Dr. Jan WOJTEKIEWICZ (w Kasum-Kent na Kaukazie): K woprosu o leczenii sacharnago moczejznurenija salicylowo-kislym natrom. (Odbicie z *Medic. Sbornik Imper. Kawkazkago Medicinsk. Obszczestwa*, 1882. Nr. 34) in 8vo str. 32 z tabl.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie w Sali Kliniki okulistycznéj dnia 2go maja b. r. o godzinie szóstej wieczór zwyczajne posiedzenie, na którém po wyczerpaniu przedmiotów z przeszłego posiedzenia pozostałych kol. Dr. Kohn odczyta swe wypiski ginekologiczne.

Do Nru dzisiejszego dołącza się: Zakład zdrojowy Truskawiec. Sprawozdanie z ruchu i postępu w r. 1882 przez Dra Riegera.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 5 maja 1883. № 18. Rok XXII.

I. Z kliniki chirurgicznéj prof. Dra Mikulicza w Krakowie.

Przyczynki do Chirurgii.

VIII.

Trzy przypadki wycięcia macicy przez pochwę. Wyleczenie.

Napisał Dr. H. Schramm
asystent kliniki chirurgicznéj.

(Dokończenie. Patrz Nr. 17).

Ta dążność do samodzielnego zamknięcia się jamy brzusznéj jest téż powodem, że zespojenie otworu w otrzewnie za pomocą szwów jest zbyteczne, a nawet Czerny nie radzi zespajać otworu bardzo ściśle z obawy przed zatrzymaniem się wydzieliny w jamie brzusznéj. Również nie zespajał prof. Mikulicz brzegu otrzewny z błoną śluzową pochwy i nie zmniejszał rany w pochwie za pomocą szwów. Zdaje mi się, że środki te przedłużają tylko operacyję a nawet mogłyby czasem wywołać nieprzyjemne następstwa, ułatwiając tworzenie się zaułków w ranie czyli tak zwanych przez Mikulicza martwych przestrzeni, w których zatrzymująca się wydzielina może się stać niebezpieczną. Prof. Mikulicz zostawił w wszystkich trzech przypadkach ranę zupełnie otwartą, czyniąc tym sposobem całą jéj powierzchnię przystępną działaniu środków przeciwgnilnych. U wszystkich trzech chorych przebieg był zupełnie pomyślny. Niektórzy autorowie np. J. Müller (*Uiber die Exstirpatio uteri vaginalis, Inaug. Diss.* Berlin 1882) radzą wydobyć także jajniki, obawiając się szkodliwego wpływu na ranę z powodu przekrwienia w czasie, gdy miałaby nadejść miesiączka. W przypadkach naszych nie uważaliśmy z tego powodu najmniejszych dolegliwości; sądziłbym więc, że wyjmowanie jajników zdrowych jest niepotrzebném wikłaniem operacyi. Byłoby ono jednak wskazane, gdyby w jajniku znaleziono jakiekolwiek zmiany chorobowe, choćby np. mały torbiel.

Stan dwóch pierwszych chorych zaraz po operacyi był dosyć zatrważający, zapad i osłabienie były znaczne. Nie może nas to jednak dziwić w obec tego, że pierwsza operowana była to osoba bardzo nędznie odżywiona i mocno niedokrewna, druga bardzo osłabiona dwiema poprzedniemi operacyjami i częstemi krwotokami. Nic zatém szczególnego, że u osób tych operacyja trwająca blizko 2 godziny, podczas któréj trzeba było utrzymywać ciągle głęboką narkozę, musiała wywołać zapad dość znaczny. Objaw ten jednak szybko ustąpił po użyciu środkow podniecających i przebieg dalszy nie zostawiał nic do życzenia.

U trzeciéj choréj, któréj stan zdrowia był pomyślniejszy, nie było znać tak znacznego wpływu operacyi. Chora ta przedstawiała rzeczywiście obraz kobiety, która co dopiero przebyła szczęśliwy poród, jak się wyraża Schröder. Bardzo znaczny postęp zrobiło w ostatnich kilkunastu miesiącach następowe leczenie po wycięciu macicy i to przyczyniło się może głównie do polepszenia wyników téj operacyi w ostatnich czasach. Dawniéj bowiem trzeba było męczyć operowaną codzień kilkakrotném przestrzykiwaniem pochwy, a mimo to nie można było zapobiedz rozkładaniu się wydzieliny. W celu ciągłego jéj wydalania polecano ustawiczną irygacyję pochwy i podano na ten cel rozmaite przyrządy, z tych najpraktyczniejszy i najbardziéj może swemu celowi odpowiadający przyrząd Mikulicza (l. c.). Wszystkie te jednak przyrządy miały liczne niedogodności, wiele chorych nie znosiło ich przez czas dłuższy i np. u choréj Fengera (*American Journal of the Medical sciences for January* 1882) wystąpiła taka drażliwość pochwy, że przy najmniejszym ruchu doznawała chora nieznośnych bólów. Błona śluzowa pochwy obrzmiała wbijała się w otwory przyrządu. Nadto obumarłe i mocno cuchnące strzępy tkaniny zatykały światło przyrządu, który trzeba było trzy razy na dzień wyjmować i dokładnie czyścić, co oczywiście nie mogło być obojętne dla choréj, potrzebującéj jak największego spokoju po ciężkiéj operacyi.

Jakże pojedyncze, wygodne, jak bezpieczne jest nasze obecne leczenie! Po wydaleniu macicy i wypłukaniu pola operacyjnego kwasem karbolowym wypełnia się ranę i całą pochwę paskami gazy jodoformowéj i układa chorą w łóżku, w któr‌ém zostaje przez 10 do 12 dni w zupełném spokoju. Potém gazę się wyjmuje i przestrzykuje się pochwę raz lub dwa razy na dzień jakim płynem przeciwgnilnym. Ten sposób leczenia przedstawia bardzo znaczne korzyści, chora nie potrzebuje po operacyi być niepokojoną, rana goi się szybko, wydzielina bywa bardzo skąpa, i nie uważano w żadnym przypadku oddzielania się większych strzępów nekrotycznych, jak to miewało miejsce przy dawniejszym sposobie leczenia. Gaza wyjęta z pochwy na 8 lub 10 dzień po operacyi była bezwonna. Zdaje mi się też, jakoby przy tym sposobie leczenia kwestyja sporna co do drenowania lub niedrenowania rany po wyjęciu macicy przez pochwę utraciło wiele na swéj ważności. W pierwszym opisanym wyżéj przypadku prof. Mikulicz nie wprowadził sączka do pochwy, w dwóch drugich były dreny wprowadzone, we wszystkich trzech przypadkach przebieg był prawie jednakowy. Sądziłbym też, że w obec leczenia gazą jodoformową sączek traci właściwe swe znaczenie. Wiadomo bowiem z doświadczeń w innych operacyjach, że jodoform przeszkadza tworzeniu się wydzieliny, po wypełnieniu całéj rany i pochwy gazą jodoformową styka się cała powierzchnia rany z tym znakomitym środkiem przeciwgnilnym, wydzielina zatém nie może się rozkładać, a nadto sama gaza odprowadza na zewnątrz jakby dren włosowaty tę odrobinę wydzieliny, która się wytworzy. Zresztą wprowadzenie sączków w obu tych przypadkach miało na celu nie drenowanie jamy brzusznéj, gdyż, jak to udowodnił prof. Mikulicz w kilku swych pracach, jest iluzoryjne, lecz tylko drenowanie dolnego odcinka rany. Zwracamy także uwagę na to, że w tych dwóch przypadkach, w których prof. Mikulicz wprowadził obok gazy jodoformowéj do pochwy sączek, nie przestrzykiwano przezeń rany przez pierwsze 8 dni, opłukiwano go tylko cokolwiek i pokrywano zewnętrznie kawałkiem gazy jodoformowéj. Przestrzykiwanie przez dren jest zupełnie zbyteczne a nawet może być niebezpieczne z powodu dostania się płynu do jamy brzusznéj, jak o tém przekonywają przypadki M a r t i n a (Müller l. c.). Przy takiém też postępowaniu przebieg w naszych przypadkach nie pozostawiał nic do życzenia. Tylko druga operowana gorączkowała nieco przez pierwszy tydzień. Ciepłota dochodziła wieczorami do 38·9, podmiotowo jednak miała się chora wcale dobrze.

Ze strony przewodu pokarmowego nie było z wyjątkiem wymiotów w ciągu pierwszego dnia żadnych powikłań. Chore skarżyły się trzeciego dnia po operacyi na wzdęcie brzucha, przeciw któremu stósowano z bardzo dobrym skutkiem rurkę odbytnicową. W celu sprowadzenia stolca trzeba było u dwóch pierwszych chorych stósować lejek Hegara, który wystarczył zupełnie do uregulowania czynności kiszek. Cięższych zboczeń z powodu upośledzenia ruchu robaczkowego jelit, czemu nawet J. Müller (l. c.) przypisuje niepomyślne zejście w jednym przypadku, nie zauważyliśmy wcale. Ważną rzeczą jest zachowanie odpowiedniéj dyjety po operacyi. Chore nasze przez pierwsze trzy dni nie dostawały nic prócz wody, nieco wina i rosołu, dopiero potém podawano im potrawy pożywniejsze a lekko strawne.

Po wyjęcia gazy jodoformowéj z pochwy 8go lub 10go dnia przestrzykiwano pochwę dwa razy na dzień 3% karbolem. Leczenie to było wystarczające, tylko u drugiéj choréj zaczęły się w ciągu drugiego tygodnia wydzielać z pochwy małe strzępki obumarłéj tkaniny, nieco cuchnące i z tego powodu trzeba było przejść do środka mocniéj przeciwgnilnego, mianowicie do octanu glinowego.

U téj saméj choréj wystąpił z początkiem trzeciego tygodnia objaw dość mocno niepokojący. Mam tu na myśli nagłe obrzmienie zapalne przedramienia prawego, o którém wspomniałem w historyi téj choréj. Obrzmienie to, dla którego nie było żadnéj innéj przyczyny, trzeba było odnieść najprawdopodobniéj do sprawy zatorowéj, a objaw ten zaniepokoił nas tém bardziéj, że znane są już w literaturze przypadki, np. trzeci przypadek Martina, w których embolija stała się przyczyną nagłéj śmierci. W przypadku naszym obawy te okazały się na szczęście płonnemi. Prócz obrzmienia na przedramieniu, które przy stósowném leczeniu znikło w ciągu dni kilku, nie wystąpiły nigdzie w ustroju żadne objawy zaburzenia w krążeniu, boć małe ropnie na wargach sromnych miały bez wątpienia przyczynę czysto miejscową. Jama po wycięciu macicy wypełniała się dosyć prędko a zmniejszanie się to nastąpiło szczególnie szybko po zastósowaniu wstrzykiwań mięszaniny jodoformu z gliceryną. O zaletach tego środka pozwolę sobie pomówić na inném miejscu; obecnie chciałbym tylko zwrócić uwagę na doskonałe jego działanie w przypadkach ran jamistych. Od chwili zastósowania tych wstrzykiwań jama zmniejszyła się w ciągu dni kilku prawie o połowę i wypełniła się wkrótce ziarniną zdrową i silną.

Rzeczywiście zdaje mi się, że następowe leczenie po wyjęciu macicy nie wiele już pozostawia do życzenia.

A teraz co do drugiego pytania, czy wycięcie macicy jest środkiem radykalnym w leczeniu raka? Na pytanie to nie jesteśmy w stanie odpowiedzieć stanowczo. Musimy jednak przyznać, że i pod tym względem wyniki już teraz są znacznie więcéj zachęcające niż dawniéj.

W rozprawie swéj o wycinaniu macicy przez pochwę (l. c.) opisuje Mikulicz 7 przypadków, z których 3 zakończyły się śmiercią, u pozostałych czterech stwierdzono recydywę już w ciągu kilku tygodni po operacyi. „Gdybyśmy na podstawie tych tylko wyników mieli sądzić o wartości operacyi, musielibyśmy wraz z innymi operatorami porzucić już teraz wycięcie całéj macicy. Nim się jednak na to zdecydujemy, uważamy za obowiązek zbadać, czy i jakiemi środkami możnaby w przyszłych przypadkach osiągnąć lepsze wyniki.“ Oto słowa Mikulicza i rzeczywiście przy usilnéj pracy wielu badaczy znaleziono środki, które polepszyły znacznie procent nie tylko wyleczeń po saméj operacyi ale i wyniki co do recydywy. Już dziś znamy kilkanaście przypadków (np. Czernego, Kraussolda), w których nie było recydywy, po kilku lub kilkunastu miesiącach, a i co do opisanych wyżéj trzech przypadków prof. Mikulicza możemy się cieszyć jak dotąd pomyślnym wynikiem, u dwóch chorych minęło już blisko 5 miesięcy po operacyi, a nie ma u nich ani śladu powrotu nowotworu. Trzecia chora w $2^1/_2$ miesiąca po operacyi jest także zupełnie zdrowa. Zapewne jest to jeszcze czas bardzo krótki, na ostateczne rozwiązanie tego ważnego pytania musimy czekać jeszcze lat kilka; zdaje mi się jednak, że możemy mieć nadzieję, że wycięcie macicy przez pochwę zyska sobie prawo obywatelstwa w chirurgii także jako operacyja radykalna.

A zresztą czyż mamy koniecznie stósować się do zdania A h l f e l d a (*Deutsche med. Wochenschr.* 1880 Nr. 1—3), który powiada, że żaden lekarz sumienny nie może namawiać

swéj choréj do tak niebezpiecznéj operacyi, jaką jest wycięcie macicy, jeżeli jéj nie może obiecać wyleczenia radykalnego? Sądziłbym, że słuszniejsze jest zdanie Schrödera (*Versamml. deutscher Naturfroscher und Aerzte in Cassel* 1878), który kwestyję recydywy uważa za poboczną i radzi operować, choćby liczby wykazywały, że na 6 przypadków 5 razy nowotwór powraca. Wszakże statystyka wiedeńska wykazuje, że $4^1/_2$% kobiet zacząwszy od 25 roku życia umiera z powodu raka macicy; wszakże wycięcie macicy przez pochwę w obec udoskonalonéj techniki i leczenia następowego nie jest operacyją zbyt niebezpieczną; wszakże przez operacyję zyskuje kobieta cokolwiek nawet w razie wystąpienia recydywy, a zyskuje życie, jeżeli nowotwór zostaje radykalnie usunięty. Zdaje mi się więc, że każden lekarz nie tylko może, lecz nawet powinien namawiać chorą do poddania się wycięciu macicy, oczewiście jeżeli przypadek jest do tego stósowny. Bo nie u każdéj choréj z rakiem macicy trzeba wycinać całą macicę, i nie u każdéj dotkniętéj tém cierpieniem można wykonać tę operacyję. Wskazania tak do téj jak do każdéj innéj operacyi winny być ścisłe, a w zasadzie możemy się zgodzić na zdanie Czernego, że kolpohysterotomija odpowiednia jest w obec raków szyi macicy, dopóki macica jest ruchoma, nie bardzo powiększona, przy dostatecznie obszerném wejściu do miednicy. Prawie wszyscy autorowie kladą wielki nacisk na to, aby rak był ograniczony ściśle do saméj macicy i aby z wyjątkiem może części sklepienia pochwy, żaden z otaczających narządów nie był nowotworem zajęty. W pracy Mikulicza znajdujemy słowa, zakreślające operacyi znacznie większy obszar „Dopóki przy wycięciu macicy uważać będziemy pęcherz moczowody i odbytnicę za *noli me tangere*, i w ogóle nie, odważymy się przekroczyć najbliższego otoczenia macicy, dopóty doszczętne oddalenie nowotworu będzie niepewne a zatém i cały cel operacyi zniweczony..... Dlaczegoż mamy się obawiać zranienia sąsiednich części lub nawet wycinać z nich kawałki, jeżeli to nie pociąga za sobą bezpośredniego niebezpieczeństwa życia. Prawda, że niebezpieczeństwa operacyi przez to się wzmagają, lecz z pomocą nowych środków leczniczych możemy je zmniejszyć *ad minimum*, naturalnie jeżeli narządy owe zranione zostaną nie przypadkowo, lecz podług naprzód ułożonego planu."

Najbliższa przyszłość pokaże, o ile nadzieje te się spełnią, dziś wiemy już z doświadczenia, że pęcherz można zranić bez znaczniejszego niebezpieczeństwa.

Jeszcze tylko słów kilka co do porównania wycięcia całkowitego macicy i leczenia raka tego narządu przez amputacyje częściowe. Pod tym względem panuje jeszcze dotychczas niezgoda między zwolennikami jednéj i drugiéj metody operacyi. Szczególnie zwolennicy częściowéj amputacyi podnoszą wyniki lepsze po téj operacyi niż po wycięciu całéj macicy. Zdaje mi się jednak, że spór ten nie ma właściwie podstawy, bo wycięcie macicy całkowite i częściowe jéj amputacyje nie są to operacyje równorzędne, nie wykluczają się one, lecz owszem uzupełniają nawzajem. Całkiem też słusznie powiada Czerny (l. c.), że lepsze wyniki po częściowéj amputacyi nie przemawiają całkiem przeciw całkowitemu wycięciu. Dowodzą one znanego faktu, że rak da się tém pewniéj wyleczyć, w im wcześniejszym znajduje się okresie. Operacyje te nie są téż równorzędne, bo wykonywa się je zwykle w obec rozmaitych odmian nowotworu. Amputacyję wykonywa się zwykle przy rakach brodawkowych, nie mających skłonności do rozszerzenia się na sąsiednie części, a przez swój rozpad i krwotoki zmuszające chorą do szybkiego szukania pomocy lekarskiéj. Wycięcie macicy wskazane jest zwykle w rakach szyi macicy, które szerzą się szybko na około, a nie wywołując przez czas dłuższy znaczniejszych objawów miejscowych lub ogólnych nie zdradzają wczas swéj obecności.

Zapewne możemy się zgodzić na zdanie Pawlika (l. c.), że celem wycięcia całéj macicy jest osiągnąć wyleczenie tam, gdzie częściowa amputacyja nie wystarczy. Trzeba tylko rozważyć dobrze, które przypadki nadają się do części owéj amputacyi a nie stósować jéj tam, gdzie nowotwór sięga za wysoko i nie spuszczać się np. na modyfikujące działania gorąca na zarodki rakowe przy zastósowaniu pętli galwanokaustycznéj. W przypadkach wątpliwych można zresztą postąpić tak, jak zrobił prof. Mikulicz w 3 przypadku, tj. dopiero podczas operacyi rozstrzygnąć, jakie wybrać postępowanie, czy wykonać amputacyję nadpochwową lub wyjąć całą macicę. Kładę tylko nacisk na to, że jeżeli w celu oddalenia całego nowotworu trzeba otworzyć otrzewnę, to według zdania prof. Mikulicza lepiéj jest oddalić całą macicę niż wikłać niepotrzebnie ranę pozostawiając część macicy w miednicy. Nadto jeżeli nam chodzi o pewność co do uchronienia się od recydywy, to przecie wyjęcie całéj macicy musi od niéj pewniéj chronić niż jakakolwiek częściowa amputacyja.

Kraków 18 kwietnia 1883.

II. Kazuistyka lekarska w Turcyi.

Zebrał W. Jabłonowski
w Sułtan-Czair w Małéj Azyi.

Jako ciąg dalszy ogólnego przeglądu leczących i leczenia w Turcyi zamierzam teraz zająć uwagę czytelnika stanem rzeczy bardziéj szczegółowym, bo opartym na studyjach i ocenie przypadków leczenia poważnego i metodycznego, przypadków jużto poczerpniętych z własnéj praktyki, przeważnie jednak uwydatniających czynności powag lekarskich na Wschodzie tureckim. Przyjmując za zasadę opowiadania uwzględnienie miejscowych dat właściwém piętnem charakteryzujących każdy spostrzegany tu przypadek z każdéj gałęzi naszéj nauki postaram się podać to tylko, co przez swą terapeutyczną doniosłość zdoła rzucić pewien promień optymizmu na ogólny chaos, w jaki pozostaje upowitą praktyka lekarska na Wschodzie. Pomimo jednak, że długi pobyt w Turcyi ułatwił mi sposobność zapoznania się tak z praktyką prywatną i jéj koryfeuszami, jak również i z czynnościami lekarzy na polach walki i w szpitalach wojskowych, widzę, że zadanie opowiedzenia spostrzeganych faktów nie przedstawia się tak łatwém, jak to zrazu sądziłem. Trudność zaś ta da się usprawiedliwić istniejącym tu nagannym zwyczajem nienotowania traktowanych przypadków, niedbałością w prowadzeniu dziennika spostrzeganych ciekawych przypadków, wreszcie ową prawdziwie zabawną tajemniczością, jaką zwykła się otaczać praktyka miejscowych powag. *Pessima invidia medicorum*, jak się wyraził pewien starożytny autor, kwitnie tu w całéj swéj pełni! W gabinetach tutejszych lekarzy znajdziemy wprawdzie nie jeden skarb naukowy, tak jednak pieczołowicie przechowywany, że wyprowadzenie go na obszerniejszą scenę tylko wyjątkowo staje się możebném. To samo tyczy się i nadzwyczaj obfitéj statystyki szpitali wojskowych, gdzie w czasie osta

tniéj mianowicie wojny uskuteczniano po kilka operacyj na dzień, które jednak razem z klijentami usnęły pod cieniem cmentarnych cyprysów! Odgrzebanie więc tego, co w istocie warte przechowania, jest niejako obowiązkiem każdego, kto miał sposobność być świadkiem lub brać czynny udział w sprawie leczenia wschodniego społeczeństwa.

Leczenie przypadków wewnętrznych przedstawia zawsze niezmierny interes dla badacza. Jednakże częściéj się z niemi spotykając przypadki chirurgiczne zwykliśmy uważać za stosunkowo ciekawsze. Na Wschodzie zaś, gdzie jak już wiemy nóż chirurga spotyka się z żelaznym konserwatyzmem, każdy przypadek chirurgiczny, najnieznaczniejszy rękoczyn, rozbudzać zwykł istotny entuzyjazm i masy ludności doprowadzać do najwyższego stopnia zaciekawienia. Jeżeli tak się rzecz ma w stosunku do pospolitych czynności felczera, cóż dopiero powiedzieć o praktyce prawdziwych a tak tu rzadkich chirurgów. Wtedy nie wystarczy proste zaciekawienie mas, ale wszystko, co myśli i pisze, postara się za pośrednictwem dzienników najrozmaitszych odcieni rozpowszechnić doniosłość chirurgicznego faktu. Tak się też w istocie rzecz miała, gdy na Perze buchnęła nagle wieść, że w pewnym domu tureckim wykonano operacyję cięcia cesarskiego. Wszystko więc, co tylko miało przystęp do domu choréj, biegło tam, aby się zapewnić o tym niesłychanym w rocznikach Stambułu fakcie. A po przekonaniu się wszystko też z całą wschodnią fantazyją zabrało się do komentowania faktu i postępowania leczącego, z pośpiechem zdobiąc olimpijskiemi laury znużoną jego skroń. Bo też w istocie podobna operacyja to rzecz niesłychana dla Stambułu. Prędzéj uwierzonoby w zjawienie się nowego proroka, łatwiéj przypuszczonoby możebność wojny, jak zgodzenie się na potwierdzenie faktu, że operator chrześcijanin dotknął się swemi narzędziami ustroju kobiety muzułmanki. Że zaś fakt podobny dla stosunków lekarskich na Wschodzie, a zatém i dla historyi chirurgii w Turcyi, jest czynem nowym i dotąd po raz pierwszy praktykowanym, od niego więc i ja rozpocznę szereg kazuistycznych doniesień.

I. Cięcie cesarskie.

Operacyja została wykonaną przez Dra Fenerly na kobiecie muzułmance liczącéj lat 30, która od ośmiu dni doznawała bólów porodowych, nie mogąc jednak zakończyć swych cierpień li tylko samemi siłami natury. Feryde jest kobietą dotkniętą wysokim stopniem krzywicy. W dziecięctwie do 12 roku życia nie mogła chodzić. Z tego okresu pozostało jéj bardzo widoczne zniekształcenie miednicy. Wzrost jéj nie przechodzi 118cm. Odnogi dolne są prawie zgięte i jakby skręcone; miednica w linii przodo-tyłowéj zniekształcona i spłaszczona. Okres pierwszych czyszczeń miesięcznych miał miejsce w 17ym roku życia Ferydy. W 27ym roku wydana za mąż w kilka miesięcy zaszła w ciążę. Lecz dzięki przyjacielskiéj radzie jednéj z przyjaciołek zezwoliła na spędzenie cztero-miesięcznego płodu, przyczém doznała niemałych trudności. Odtąd jednak czuła się wcale dobrze aż do chwili nowego zajścia w ciążę. Tym razem jedna z akuszerek zdołała ją przekonać, że poród może się odbyć z łatwością, i że akuszerka bierze na siebie doprowadzenie całéj sprawy do pożądanego końca. W istocie też ciąża postępowała prawidłowo. Po dojściu zaś do swego okresu i po wystąpieniu pierwszych pojawów porodowych, uprzedzona akuszerka zajęła swe stanowisko przy rodzącéj doradzając jéj odwagi i cierpliwości. Po trzydniowém trwaniu cierpień bóle się nagle wzmogły i dopiero wtedy odpłynęła pewna ilość wód płodowych. Jednakże sprawa porodowa nie postępowała. Zaniepokojeni krewni zawezwali kilku lekarzy. Ci jednak nie zdali sobie sprawy z sytuacyi położnicy, ani z przeszkód, jakie przedstawiało zniekształcenie miednicy. Jeden z nich tylko zaproponował zastosowanie kleszczy. W takiém położeniu znalazł Dr. Fenerly chorą w ósmym dniu trwania sprawy porodowéj. Badając wtedy położnicę z łatwością potwierdził zniekształcenie całego szkieletu, a głównie, co było najbardziéj ważném, zniekształcenie miednicy. Za pomocą dotyku stwierdzono, że wymiar krzyżowo-łonowy nie był większym nad 4cm.; kręgi lędźwiowe zstępowały aż do linii osi zatoki górnéj i zbliżając się ku kości łonowéj tworzyły baryjerę niepodobną do usunięcia parciem główki płodu. Palcem można było omacać tylko górną część szyjki macicznéj, podczas gdy dostanie się do ścian saméj macicy było rzeczą niepodobną. Brzuch był nadzwyczaj wzdęty i bardzo wysadzony. W takich warunkach zadecydowano o niemożebności zakończenia porodu siłami natury. Płód jednak żył jeszcze. Woda płodowa wydzielana za każdym skurczem macicy była w dość znacznéj ilości. Stan ogólny położnicy był zadowalającym. Tętno 100 dość silne. Chora uskarżała się na pragnienie, pocąc się bardzo obficie. Po tém badaniu dokonaném z całą ścisłością, widząc materyjalne niepodobieństwo porodu i niemożebność embryjotomii, zaproponowano jako jedyny środek cięcie cesarskie. Po długich wahaniach się krewnych udało się nareszcie przekonać ich o konieczności operacyi, która też została wykonaną przez Dra Fenerlego przy asystencyi trzech innych kolegów.

Po wypróżnieniu pęcherza i odbytnicy i zachloroformowaniu kobiety dwóch pomocników utrzymywało macicę w linii środkowéj jamy brzusznéj. W kierunku linii białéj od pępka aż do wysokości 3cm. po nad kością łonową biegło cięcie rozdzielające skórę i tkankę komórkowatą podskórną. Z powodu jednak wątłéj budowy kobiety operujący widział się zmuszonym przedłużyć cięcie powłok brzusznych o $3\frac{1}{2}$cm. ku górze i na lewo ku pępkowi. W taki sposób otrzymano cięcie długie na 15cm. Po przecięciu tkanki łącznéj jama otrzewny została otwartą. Rowkowaty zgłębnik i nożyk tępo zakończony służyły do przecięcia błony surowiczéj otrzewny, po otwarciu któréj natychmiast kilka pętli jelit dostało się na zewnątrz. Potrzeba było 15 minut czasu do wprowadzenia ich w jamę brzuszną. Po usunięciu téj przeszkody przystąpiono do otwarcia saméj macicy warstwami. Znalazłszy się w obec jaja płodowego rozcięto je i tępo zakończonym nożykiem wydzielono błony. Poczém wydobyto płód stawiający się do porodu w pozycyi lewéj łopatki. Bardzo niejawne znaki życia płodu zmusiły do poświęcenia kilku minut czasu do oswobodzenia go ze stanu zamartwiczego. Wydobycie łożyska nie przedstawiało nic szczególnego. Krew i woda płodowa, ta ostatnia w znacznéj ilości, upłynęły na zewnątrz i tylko bardzo nieznaczna ich ilość dostała się do jamy brusznéj. Rękoczyn wykonano z całą ścisłością, wymyto ranę i oddalono skrzepy krwi. Macica kurczyła się szybko. Przystąpiono więc do nałożenia szwów na ranę ścian brzusznych i czynność ta zajęła wiele czasu z powodu złéj jakości nici srebrnych i braku odpowiednich narzędzi. Z wielką trudnością zdołano wreszcie nałożyć szew, używając ku temu srebrnych szpilek. Okład z rozczynu karbolowego i odpowiednia opaska uzupełniły opatrunek. Operacyja trwała dwie godziny i pół, nie przy-

czyniając choréj żadnych bólów. Operowana dowiedziała się o całém zajściu dopiero w kilka dni późniéj. Jako środek wewnętrzny przepisano 10 ctgr. wyciągu makowca na dziesięć pigułek co godzina po jednéj. Za pożywienie zalecono mleko i rosół. Otaczających chorą wezwano do zachowania największego spokoju.

W sześć godzin po operacyi chora doznała silnych dreszczy trwających przez godzinę. Przez ranę i pochwę odpłynęło nieco krwi. Zastosowano okłady zimne na całą jamę brzuszną. Dzięki pigułkom operowana czuła się spokojną przy tętnie 88 i ciepłocie 38°. Pragnienia nie było. Zaledwie dały się uczuwać lekkie bóle. Z rany i pochwy wydzielało się jeszcze zawsze nieco krwi. Dziecko płci męskiéj silne, dobrze się mające. Leczenie i pożywienie pozostało niezmienném.

Pierwszą noc po operacyi chora przepędziła niespokojnie, z bólem głowy, tętnem 108, ciepłotą 39°, bez pragnienia. Brzuch znaleziono więcéj obrzmiałym i bolesnym. Od chwili operacyi chora nie oddała moczu; zastósowano więc zgłębnik i wydalono znaczną ilość moczu koloru brunatnego. Upławy krwiste z rany i pochwy ustały. Stan rany był zadowalającym. Przy rannéj wizycie chora uskarżała się na bardzo silny ból głowy; noc przepędziła niespokojnie śród dreszczów i majaczenia. Tętno 100, ciepłota 38°. Brzuch wzdęty i bardzo czuły przy dotyku. Upławy z rany bardzo nieznaczne, z pochwy nic nie odpływa. Dwa razy na dzień wypadało stosować zgłębnik w celu wydalenia moczu. Od dnia operacyi chora nie oddała stolca. Przepisano 60cgm. kalomelu w dwóch proszkach. Środek ten jednak nie wywołał stolca. Podano więc 70 gram. olejku rącznikowego. Noc upłynęła bardzo niespokojnie. Rano gorączka, tętno 116, ciepłota 39°, bardzo silne pragnienie, brzuch wzdęty i bardzo bolesny, moczenie niepodobne i następujące tylko po zastosowaniu cewnika. W ciągu dnia chora miała pięć stolców, co jéj sprawiło bardzo wielką ulgę. Wzdęcie brzucha zmniejszyło się nieco. Chora zawsze się jeszcze uskarżała na dreszcze, silne bóle głowy i tężenie w sutkach wypełnionych pokarmem. W ciągu następnych czterech dni nastąpiła widoczna zmiana. Przy tętnie 104, ciepłocie 38°, brzuchu wzdętym i zawsze bolesnym, rana przedstawiała bardzo dobre wejrzenie: w pewnych punktach spostrzeżono nawet jéj zabliźnianie się. Leczenie wzmacniające; wino Chassaing. Szóstego dnia po operacyi chora przepędziła noc bardzo niespokojną. Przy tętnie 116, ciepłocie $39\frac{1}{2}$° doznawała bardzo silnych dreszczy, brzuch jéj był bardzo wzdęty i bolesny, język suchy, pragnienie silne, bóle w sutkach wydzielających znaczną ilość mleka. Chora miała dwa razy wymioty żółciowe. Dolna część rany prawie zabliźniona otwarła się na nowo wydzielając płyn ropny i cuchnący. Wydalony mocz miał silną woń amonijakalną. Przepisano 60cgr. wodobromianu chininu na cały dzień, a na noc 6ctgr. wyciągu makowca, robiąc daléj okłady odwietrzające na ranę. Noc przeszła spokojnie; chora miała trzy stolce. Bóle głowy i pragnienie ustąpiły. Tętno 90, ciepłota 38°. Z wyjątkiem dolnéj części rany wydzielającéj jeszcze nieznaczną ilość ropy, pozostała część zdaje się być zabliźnioną. Leczenie wzmacniające; mleko i rosół. Jedenastego dnia po operacyi spostrzeżono polepszenie się ogólnego stanu. W nocy tylko z 11go na 12y dzień chora mając siedm stolców, naraziła się na wielkie wysilenie w skutek czego rana otwarła się w kilku punktach. Przepisano garbnikan chininu. Odtąd stan się polepszył. Tętno spadło do 75, ciepłota do $36\frac{1}{4}$°. Chora miewając po trzy stolce w ciągu 24 godzin również w skutek wysileń i przy opadaniu ścian brzusznych naraziła się na rozdarcie blizny mającéj już 7cm. długości. Rana powstała z tego powodu wydzielała nieco ropy, dobréj już jakości. Brzegi i dno rany są czerwone. Ranę więc obmyto dokładnie wodą karbolową, nałożono opatrunek kleistrowy i brzuch cały otoczono stosowną opaską. Tak postępując do 19 dnia po operacyi doprowadzono chorą do dobrego stanu. Rana, mająca 4cm. długości i 2 prawie cm. głębokości, szybko postępowała ku zabliźnianiu się. Ropienie było nieznaczne, tylko stolce były nieco za częste (4 na 24 godzin). Od czterech dni z pochwy nie spostrzeżono żadnéj wydzieliny. Opatrunek zwykły. Leczenie wzmacniające. W ciągu następnych kilku dni chora miewała napady zimnicze, które zwalczono przez zastosowanie siarkanu chininu. Wreszcie w miesiąc po wykonaniu operacyi znaleziono ranę zabliźnioną, wszystkie czynności odbywały się regularnie i operowana mogła już odtąd zająć się pielęgnowaniem swego dziecięcia.

Przypadek ten operacyi cięcia cesarskiego, jak powiedziałem, jest pierwszy i jedyny w Stambule. Nie dowodzi to jednak, że w wielkiém tém mieście brak przypadków, w których rękoczyn ten można zastosować lub że podobne przykłady są rzadkie. Całkiem przeciwnie. Tutaj bowiem, mianowicie pośród ludności muzułmańskiéj, wszystkie kobiety bez wyjątku wychodzą za mąż, choćby ich budowa była nietylko przeobrażoną w garby ale jeszcze bardziéj zniekształconą. Przykłady też nadzwyczajnych zwężeń miednicy są bardzo częste. W takich jednak razach praktycy tutejsi wolą uciec się do rękoczynów takich, jak embryjotomija lub kefalotrypsyja, nie wiele zwracając uwagi na trudność tych operacyj, mianowicie w razach, gdy miednica jest nadzwyczaj zwężoną w swéj średnicy. Cóż wtedy się dzieje? Oto po kilku godzinach niezwykłych usiłowań zdoła się wydobyć płód zmiażdżony i pokawałkowany, a i kobieta doznawszy silnych wstrząśnień, wyczerpana na siłach, najczęściéj ulega nieszczęśliwym następstwom swego stanu, już to w kilka godzin po operacyi, już też to po kilku dniach zapadając na gwałtowne zapalenie macicy i otrzewny. W następstwie wspomnianych rękoczynów w czterech przypadkach spostrzegałem także pęknięcie macicy. Sądzę więc, że w częstych tu przypadkach zwężeń miednicy cięcie cesarskie przedstawia jeszcze najwięcéj korzystnych warunków, mianowicie dzisiaj, gdy z takim skutkiem można stosować metodę odwietrzającą.

(C. d. n.)

III. Przyczepiny tęczówki i jaskra.

Napisał Dr. Józef Talko w Warszawie.

Kol. Kramsztyk, opierając się na trzech własnych obserwacyjach, zapytuje w Nrze 15 Przeglądu Lek., czy można wypowiedzieć twierdzenie, że przyrosty tęczówki wywierają pewien wpływ ochronny, leczniczy w jaskrze?

Pamiętam, uczono nas, że przednie przyczepiny tęczówki (*synechiae anter.*) mogą tylko ujemnie wpływać na wzrok pacyjenta, stając się nieraz powodem rozwinięcia objawów jaskrowych w oku. Następnie w praktyce swojéj każdy z nas niejednokrotnie miewał do czynienia z jaskrą, w skutek przyczepin tęczówki do rogówki (*glaucoma secundar. e synechia ant.*) W r. z. Swanzy i Zehender zwracali uwagę na złe następstwa (*iritis suppur.*, *panophthalmitis*), nawet po upływie wielu lat, obwodowych wypadnięć i przyczepin tęczówki.

Gdy przednie przyczepiny tęczówki wywołują podrażnienie, nadmierne wydzielanie z jagodówki, powiększone ciśnienie śródoczne, a także zapalenie tęczówki, ciałka rzęskowego i naczyniówki, dziwném wydawałoby się, gdyby przyczepiny tylne téj błony względnie do torebki soczewkowéj (*syn. posterior*) rozciągające tęczówkę i będące powodem, jak wiadomo, nawrotów ostrego zapalenia tęczówki i ciałka rzęskowego, wpływały zapobiegawczo na powstawanie i powtarzanie się objawów jaskrowych, a tém bardziéj wywierały na nie wpływ leczniczy, jak to czyni ezeryn. Działanie ezerynu zwężające źrenicę i ściągające tęczówkę w żadnym razie nie może być porównane ze stanem tęczówki (a tém mniéj gałki ocznéj) w przypadkach tylnych przyczepin.

Przypuszczeniu szan. kolegi, które wątpię, żeby którykolwiek z okulistów podzielił, przeciwstawiam wyniki spostrzeżeń oparte na 3ch chorych, których świeżo widzieliśmy w Instytucie oftalmologicznym ks. Lubomirskiego wraz z kol. Gepnerem i Przybylskim.

1) U 34-letniéj kobiety (Żytnikowa), któréj lewe oko przedstawiało oznaki nowotworu śródocznego, stwierdziliśmy w oku prawém, pomimo szerokiéj szczeliny (po irydektomii w 1878 r.) i tylnych przyczepin brzegu źrenicznego tęczówki, powiększony ucisk śródoczny, zagłębienie tarczy nerwowéj, zupełny brak komórki oka, przy bardzo wysokiém, co dziwna, krótkowidzeniu; bystrość wzroku pogarsza się stopniowo (*Glaucoma simplex*).

2) U drugiéj 65-letniéj choréj (Zuchowska), któréj lewe oko było prawidłowe, w prawém znaleźliśmy tylną przyczepinę tęczówki prawie na całym obwodzie źrenicy, w obec objawów jaskry ostrozapalnéj. T. + 2; zaledwie rozpoznaje światło (*Irido-chorioiditis, gl. inflammatorium*).

3) 65-letni mężczyzna (Korzeniowski), cierpiący na jaglicowe zapalenie spojówki i cieszący się dobrym wzrokiem oka prawego, lewém zaledwie uczuwa światło. Przed $1\frac{1}{2}$ rokiem zadraśnięto paznogciem górny brzeg rogówki tego oka; od tego czasu datują się napady jaskry. Obecnie istnieją w oku *iritis et synechiae posteriores* w znacznéj ilości, osobliwie dolno-źrenicznego brzegu, przy objawach ostrozapalnéj jaskry; twardość gałki znacznie powiększona (T+2), przed użyciem ezerynu dochodziła nawet do wysokiego stopnia (T+3).

Obserwacyje te podaję bez komentarzy. Nie mogę jednak nie zrobić tego wniosku, że podczas gdy u kolegi K. tylne przyczepiny zapobiegać miały rozwojowi objawów jaskrowych, lub okazywały niby dobroczynny wpływ na przerwę napadów, u naszych chorych działo się przeciwnie, u wszystkich, pomimo tylnych przyczepin, rozwinęła się i postępowała jaskra, która u dwóch ostatnich miała cechę ostrozapalną. U tych ostatnich to oko było wolne od jaskry, w którém przyczepin nie wykryto.

IV. Z Zakładu sądowolekarskiego prof. Blumenstoka w Krakowie.

Kazuistyka sądowo i policyjnolekarska.

II.

Śmierć z otrucia rozcieńczonym kwasem karbolowym.

Podał Dr. J. Schaitter.

demonstrator przy tymże Zakładzie i lekarz sądowy.

Ogłaszając niniejszy przypadek nie zamierzamy wcale pomnożyć obfitą kazuistykę otrucia, zdarzającego się po stosowaniu środka tego na rany, poprzestajemy na przedstawieniu obrazu anatomicznego zmian wywołanych po wypiciu roczynu rozcieńczonego w przypadku nader wybitnym, który stał się przedmiotem policyjno-sanitarnéj sekcyi, wykonanéj w zakładzie. Już same własności fizyczne środka są przyczyną, że mimo wybitnie trującéj jego natury nie bywa używany przez skrytobójców, ztąd też tłumaczy się mała stosunkowo kazuistyka tego otrucia po wewnętrznem podaniu środka w porównaniu z otruciem sprowadzoném przez resorbcyję z powierzchni rannéj. Najczęściéj jeszcze zdarza się ono w skutek nieuwagi lub omyłki u osób nieprzytomnych, albo też w celu samobójczym, i takim też, jak się zdaje, był nasz przypadek.

K. M. mężczyzna około 40 lat liczący, człowiek schorzały, przybył wieczorem do mieszkania w stanie nie trzeźwym i ułożył się do snu. W nocy nie zauważył nikt z otaczających nic szczególnego ani nie spostrzeżono, jakoby był wstawał. Nad ranem zaś, gdy go chciano budzić, spostrzeżono, że nie żyje. W obec braku wszelkich poszlak morderstwa nie domyślano się zrazu śmierci gwałtownéj i w celu wykazania jéj przyczyny poddano zwłoki sekcyi policyjno-sanitarnéj, któréj protokół w całéj rozciągłości następuje.

A. Oględziny zewnętrzne. 1. Na stole sekcyjnym leżą zwłoki mężczyzny lat około 50 liczyć mogącego, dobrze zbudowanego i miernie odżywionego. 2. Plamy pośmiertne rozległe na grzbiecie i tylnych częściach ud przez nacięcie jako takie stwierdzone. 3. Stężenie trupie utrzymuje się w odnogach dolnych i górnych, mięśnie karkowe wolne. 4. Włosy na głowie, wardze górnéj i brodzie gęste, czarne, gdzieniegdzie z siwemi zmięszane; na przodkowéj ścianie klatki piersiowéj dosyć gęsty czarny porost włosów. 5. Powieki przymknięte, rogówki nieco zaćmione, tęczówki niebieskie, miernie rozszerzone. 6. Wargi sinawe, zęby ściśnięte, język po za niemi. Na około ust ani na twarzy nie ma żadnych śladów podejrzanych; nie ma ich również w jamie ust przodkowéj. 7. W okolicy otworów ciała naturalnych nie ma żadnych zmian. 8. Nigdzie na ciele śladów obrażenia nie spostrzeżono.

B. Oględziny wewnętrzne. 9. Powłoki czaszkowe po stronie wewnętrznéj wejrzenia prawidłowego. Kości czaszki cienkie, sklepienie symetryczne. 10. Opona twarda miernie napięta, blada, gładka i połyskująca, zatoka podłużna próżna. Opony miękkie nieco zaćmione na szczycie półkul, zresztą blade i cienkie. 11. Istota mózgowa biała i szaro wyraźnie odgraniczone, w białéj na przekroju przebija wyraźnie odcień różowawy. Komórki boczne, trzecia i czwarta próżne, wyściółka ich cienka, połyskująca; sploty żylne miernie krwią wypełnione. W zwojach większych, płatach czołowych i mózgu małym nie ma nic nieprawidłowego; naczynia na podstawie o ścianach cienkich. 12. Po odjęciu opony twardéj od podstawy czaszki ostatnia okazuje się nieuszkodzoną. 13. Po rozcięciu ścian klatki piersiowéj i jamy brzusznéj nie spostrzega się nic nieprawidłowego w ułożeniu trzew. 14. Brzegi płuc stykają się zaledwie pozostawiając osierdzie nie pokryte w rozmiarze prawidłowym. 15. Płuco prawe w częściach tylnych przyczepione wiotkiemi zrostami do ścian klatki piersiowéj; opłucna jego wszędzie gładka, objętość dość znaczna, za uciskiem wszędzie trzeszczy, na rozkroju zalewa się mierną ilością krwawo zabarwionéj surowicy. 16. Płuco lewe również nieco przyczepione przedstawia takie same zmiany. 17. Z oskrzel obu płuc wydobywa się przy ucisku ciecz pienista różowo zabarwiona. 18. Język na górnéj swéj powierzchni jest po-

kryty białym mułem, po bokach okazuje się błona śluzowa pokryta cienką warstwą przybłonka białawo - sinego, jakby wygarbowanego, kruchego. Tak samo przedstawia się błona śluzowa podniebienia miękkiego i obu łuków. 19. Więzadła nalewko-nagłośniowe, nagłośnia i górna część krtani znacznie surowiczo obrzękłe, pokryte przybłonkiem zmienionym w sposób powyżéj opisany. 20. Gardziel próżny, po rozcięciu tegoż uczuć się daje charakterystyczna woń kwasu karbolowego. Powierzchowne warstwy przybłonka w całym gardzielu jakby wygarbowane, gładkie, twardsze a szczególnie po nad wpustem żołądka białawo zabarwione, przytém kruche, dające się odłuszczyć w cienkich płatkach. 21. Tchawica wypełniona pienistym śluzem, jéj błona śluzowa nastrzykana, również błona śluzowa grubszych pni oskrzelowych. 22. Blaszka ścienna osierdzia blada i gładka, blaszka trzewowa okazuje po nad lewą komórką w miejscu ściśle odgraniczoném ścięgniste zgrubienie. 23. Komórka lewa skurczona, mięsień sercowy brunatno-czerwony, jędry; komórka prawa próżna. Mięśnie beleczkowe i zastawki obu komórek prawidłowe. 24. Główne pnie tętnicze jakoteż ich zastawki nie okazują zmian. 25. Wątroba rozmiarów prawidłowych. Przekrój przedstawia obraz nacieku tłuszczowego miernego stopnia. 26. Podwiązawszy poprzednio wpust i okolicę odźwiernika wyjęto skurczony żołądek i rozcięto wzdłuż małéj krzywizny ponad czystém naczyniem szklaném. Ściany jego szczególnie w okolicy dna i z tyłu znacznie grubsze i twardsze niż to zazwyczaj bywa. Treść jego płynna, biaława w ilości około 50 grm. wydaje mocną woń fenolu czyli kwasu karbolowego. W płynie tym pływają obficie strzępy białe, serowate. Dno żołądka pokryte grubą warstwą do séra podobną ściśle przylegającą, która daje się oddzielić jedynie wraz z błoną śluzową i odsłania tym sposobem powierzchowną warstwę mięsną. Od téj masy serowatéj w dnie żołądka ciągną się pasma nieregularnych fałdów ku odźwiernikowi, szczyty tych fałdów szorstkie, kruche i twarde, zabarwione białawą, przylegającą masą serowatą, po usunięciu któréj widać miejscami a mianowicie na dnie rozpadlin pomiędzy fałdami błonę śluzową mniéj stosunkowo zmienioną, wszędzie jednak pokrytą cienką warstwą zmienionego, kruchego przybłonka. Pod otrzewną, pokrywającą żołądek, widać w okolicy dna drobne wybroczyny w grupach obok siebie. 27. Błona śluzowa dwunastnicy jednostajnie zaczerwieniona i bardzo znacznie rozpulchniona; nie można na niéj rozróżnić pojedynczych naczyń. Gdzieniegdzie zwłaszcza w części bliższéj odźwiernika widać drobne wybroczyny. Zmiany te sięgają na 50 cm. w jelito licząc od odźwiernika, odkąd stają się mniéj wyraźnemi i ustępują miejsca błonie śluzowéj prawidłowego wejrzenia. 28. W dalszych częściach przewodu pokarmowego, zawierającego kał obficie żółcią zabarwiony, nie ma zmian. 29. Śledziona prawidłowa. 30. Nerki przedstawiają obraz przekrwienia biernego, rysunek kory wyraźny, torebka zchodzi łatwo. 31. Pęcherz moczowy próżny, jego błona śluzowa ma wejrzenie prawidłowéj.

Mętną, płynną, białawą treść żołądka, wydającą woń kwasu karbolowego, poddano natychmiast destylacyi a kilka kropel destylatu, wydającego również wyraźną woń kwasu karbolowego zmięszanych z chlorkiem żelazawym, przybrały zabarwienie fijoletowe, które po ogrzaniu zamieniło się w brunatne. Z odczynnikiem Millona barwił się destylat czerwono, zwłaszcza po ogrzaniu.

Otrucie kwasem karbolowym nie ulegało przeto wątpliwości, miało ono miejsce w nocy i wśród takich zresztą warunków, że nikt nie był świadkiem objawów chorobowych, które jak wiadomo zwykły występować prawie natychmiast po wypiciu środka. Opisy przypadów tego otrucia zgadzają się ze sobą w sposób uderzający. Według zdań naocznych świadków otruty staje się nieprzytomnym, czasem nastają wymioty, wreszcie rozwijają się szybko postępujące objawy obrzęku płuc i znacznego osłabienia czynności serca a pomimo rychłéj pomocy lekarskiéj następuje zapad i śmierć. Nadmienić wypada, że ten przebieg napotyka się w przypadkach użycia dawki znaczniejszéj lub rozczynu niezbyt rozcieńczonego, a porażenie czynności serca ma powstawać zdaniem Schuchardta w drodze odruchowéj, wskutek nader silnego zadrażnienia nerwów żołądka. Nic nie przemawia w naszym przypadku przeciw przypuszczeniu takiego samego przebiegu a jakkolwiek nie mogliśmy dowiedzieć się, w jakiém rozcieńczeniu i w jakiéj ilości denat napił się kwasu karbolowego, przypuścić koniecznie należy, że musiał to być rozczyn przynajmniéj 5%. Ilość jego musiała być dosyć znaczną, o czém nie tyle z treści żołądka, ile z rozległości zmian, sięgających na 50 cm. po za odźwiernik, wnosić nam wypada. Porównywając obraz żołądka i dwunastnicy w naszym przypadku z obrazem podanym przez Lessera w Berlinie, (*Atlas der ger. Med. Berlin* 1883), znachodzimy pomiędzy niemi podobieństwo niezaprzeczone. Obraz Lessera pochodzi z przypadku otrucia, w którym zmarły wypił rozczyn około 10%, po wypiciu doznał wymiotów i utraciwszy przytomność zmarł w 40 minut mimo spiesznéj pomocy lekarskiéj. Wymiotom, których w naszym przypadku nie było, gdyż nie znaleziono wymiocin około zmarłego, przypisać należy pewne różnice obu obrazów, jak niemniéj okoliczność, że w przypadku Lessera wypił zmarły truciznę w ilości znaczniejszéj, sprawiła, iż zmiany tam były znacznie rozleglejsze i obraz przekrwienia o wiele żywszy. Lesser zamieszcza wspomniany obraz otrucia karbolowego na czele swojego atlasu a usprawiedliwia się tém, że pomimo iż otrucie tym kwasem zajmuje jedno z ostatnich miejsc w statystyce otruć środkami żrącemi, to zmiany nim wywołane mogą stanowić pierwowzór zmian powstających po użyciu środków żrących, nie barwiących tkanin w sposób swoisty. I to jeszcze uwzględnić należy, że gdy po użyciu pewnych rozczynów żrących tkaniny obumarłe pod ich wpływem ulegają dalszym zmianom, tutaj sama przyroda środka żrącego jest tego rodzaju, że tkaniny przedstawiają nawet po pewnym czasie obraz nie różniący się od powstałego w pierwszej chwili po zadziałaniu, bo nawet, jak przekonaliśmy się w naszym przypadku, wejrzenie błony śluzowéj żołądka nie uległo zmianie po kilku dniach leżenia we wodzie. Trzy są zmiany, których doznają błony śluzowe po zadziałaniu środka żrącego: zmiana przeźroczystości, barwy i zbitości, a wszystkie tkaniny, które się zetknęły ze środkiem, obumierają i krzepną odrazu pod jego wpływem. W naszym przypadku uwydatnia się to działanie w sposób uderzający. Nie mamy tutaj na myśli owego białego mułu na górnéj powierzchni języka, gdyż ten nie przedstawiał nam się wcale charakterystecznie, myślimy o przybłonku pokrywającym resztę błon śluzowych a robiącym istotnie wrażenie błony skrzepłéj, wygarbowanéj. Obecnie gdy preparat leży już czas dłuższy w rozcieńczonym wyskoku, uwydatnia się ta różnica pomiędzy warstwą tkaniny strupieszałéj a zdrowéj jeszcze wybitniéj, gdyż ostatnia kurczy się pod wpływem wyskoku, podczas gdy pierwsza, zachowując w wyższym stopniu swoje cechy fizyczne, odstaje od niéj

w całych płatach. Tam gdzie kwas działał tylko mimochodem, ograniczyło się działanie jego do warstwy przybłonkowéj; inaczéj ma się rzecz w żołądku a mianowicie w dnie i na tylnéj jego ścianie, gdzie kwas, jakkolwiek został rozcieńczony treścią narządu, działał przez czas dłuższy. Tutaj nie ma już téj wybitnéj różnicy pomiędzy warstwą przybłonkową a samą błoną śluzową, ostatnia uległa w całéj swéj grubości jego działaniu, co więcéj utworzyła wraz z skrzepłą treścią żołądka jedną masę, przylegającą silnie do warstwy mięsnéj.

Przeglądając odnośną literaturę napotkaliśmy opisy przypadków tak podobne do naszego, że zgadzają się nawet w drobniejszych szczegółach. Wymienić nam tu wypada przypadki opisane przez Schwarza (*Vierteljahrschrift f. ger. Med.* B. 19. S. 329—341. 1873) Krönleina (*Berl. klin. Wochenschr.* X. Nr. 51, 1873). Mračka (*Wiener med. Wochenschr.* 1879 Nr. 33) (zakończył się wyzdrowieniem) i Zillnera (tamże Nr. 47 i 49), w których podobne zmiany napotykano a przekonywamy się, że jeżeli kwas nie był użyty w pewném zgęszczeniu lub téż jeżeli zastosowano natychmiast przepłukiwanie żołądka, ulegają zmiany na jego błonie śluzowéj pewnym modyfikacyjom w obec stale występujących zmian w jamie ustnéj i w przełyku. Że zmiany w żołądku nie zawsze bywają tego rodzaju, świadczy najlepiéj przypadek Friedberga, (*Gerichtsärztliche Praxis, Wien* 1881, S. 357), w którym podano choremu łyżkę stołową mięszaniny kwasu karbolowego i gliceryny w równych częściach a w protokole sekcyjnym wspomina autor o utratach istoty na błonie śluzowéj, przenikających całą jéj grubość. Lesser przeciwnie oświadcza z naciskiem, że nie spostrzegł nigdy owrzodzeń ani utraty istoty w błonie śluzowéj, za czém przemawia i nasz przypadek. Twierdzi on, że w przypadkach otrucia środkami żrącemi bezbarwnemi nie można z obrazu po śmierci wnosić o rodzaju środka z bezwzględną pewnością; podobny obraz widział po otruciu sublimatem, arszenikiem, wyskokiem, kwasami mineralnemi rozcieńczonemi, kwasem szczawiowym i ługami żrącemi, gdyż zmiany przeźroczystości, barwy i zbitości powtarzają się w tych przypadkach z mniejszą lub większą przewagą jednéj lub drugiéj obok zmian odpowiadających ostremu zapaleniu; stwardnienie i kruchość powierzchownych warstw błony śluzowéj żołądka bywają po użyciu środków żrących tak wybitnemi, iż wśród zmian patologicznych tego narządu zdarza się tylko jedna, która przy badaniu powierzchowném nieco jest podobną do zmian po otruciach, a mianowicie naciek wapnisty błony śluzowéj. W obec braku cech anatomicznych, któreby mogły rozstrzygnąć o rodzaju użytego środka żrącego, polega zazwyczaj stanowcze rozpoznanie na dochodzeniu chemiczném jużto saméj treści żołądka, już téż to innych narządów i wydzielin. W otruciu kwasem karbolowym dochodzenie chemiczne staje się prawie zbytecznem, woń tego kwasu bowiem, rozlegająca się natychmiast po otwarciu żołądka, usuwa wszelką wątpliwość, a jeżeli mimo to przedsiębierze się próby chemiczne, to jedynie dla tego, aby być zasłoniętym przed zarzutem pominięcia pewnéj a w innych przypadkach ważnéj części dochodzenia. Wspominają autorowie, że kwas ten można wykryć we krwi, wątrobie i moczu zmarłych z otrucia. Uwagi te judnak nie odnoszą się nigdzie do otruć tak gwałtownych, jak w naszym przypadku, a brak moczu w pęcherzu naszego zmarłego świadczy, że śmierć tutaj nastąpić musiała bardzo prędko po użyciu środka, wypitego po oddaniu moczu, albo że wydzielanie moczu zostało nagle wstrzymaném może w drodze odruchu. Produkty przemian kwasu karbolowego w organizmie, nadające moczowi zabarwienie wielce charakterystyczne, świadczą, że kwas ten wessany przebył swobodnie krążenie i został wydzielony nerkami w postaci zmienionéj właśnie wśród krwi i pod wpływem spraw chemicznych w organizmie. W przypadkach, w których porażenie serca ma być odruchowém po zadziałaniu na nerwy żołądka nie ma czasu na resorbcyję i na te wszystkie przemiany a dowodzi tego rozbiór moczu w przypadku Krönleina, w którym nie znaleziono ani kwasu karbolowego, ani jego pochodnych połączeń pomimo, że śmierć nastała w dwie godziny po wypiciu środka.

W końcu niech nam wolno będzie powrócić jeszcze do wspomnianéj powyżéj statystyki tego otrucia. Berlin zajmuje niezaprzeczenie pierwsze miejsce pośród większych miast ze względu na częstość samobójstw w ogólności, a w szczególności otruć w stosunku do innych przyczyn gwałtownéj śmierci. Otóż według zestawienia Lessera zajmuje otrucie kwasem karbolowym (wewnętrznie użytym) jedno z miejsc ostatnich. Na 430 przypadków otrutych leczonych w szpitalach berlińskich w ciągu lat 1876 do 1878 zmarło osób 282, a z tych z zaczadzenia 118, z otrucia kwasem siarkowym 36, fosforem 22, sinkiem potasu 30, kwasem szczawiowym 11, wyskokiem 14, arszenikiem 9, rozmaitemi innemi środkami 42, z pośród tych są 2 przypadki otrucia kwasem karbolowym, z czego wynika, że otrucie to w każdym razie jest bardzo rzadkiém.

V. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od r. 1879 do 1882.

Podał Dr. Emanuel Rosenblatt.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 16).

III. Drgawki samoistne.

Samoistne drgawki, wśród wystąpienia których nie można było wykazać żadnéj przyczyny, ani téż nie można było odnieść ich do jakiegokolwiek cierpienia ustroju, zauważyliśmy tylko cztery razy: z tych dwa razy u dzieci niżéj lat 2, a dwa razy u takich, których wiek granicę tę przekraczał. Zastrzedz się jednak z góry muszę, iż z 4 przypadków, poniżéj opisanych, tylko 1szy i 3ci nie łączył się z żadnemi zboczeniami poszczególnych narządów, w 2im zaś i 4tym mieliśmy wprawdzie do czynienia ze zboczeniami chorobowemi, te jednak, zdaniem mojém, nie mogły być powodem wywołania drgawek i dla tego przypadki te zaliczyłem do szeregu drgawek samoistnych, zawisłych prawdopodobnie od zmian zmysłom naszym jeszcze niedostępnych.

1) Kazimierz Mosiężniak, chłopiec $1\frac{1}{2}$-roczny, dość dobrze odżywiony, mający rzekomo cierpieć na zimnicę, dla leczenia któréj został przyjęty do szpitala 22 lipca 1880. Wśród najlepszego zdrowia dostaje 26 lipca napadu drgawek ogólnych, rozpoczynającego się od wykrzyknięcia. Innych atoli przypadów, mogących wzbudzić podejrzenie, że mamy do czynienia z padaczką, w przypadku tym nie było. Drgawki były kloniczne, przebiegały bez podniesienia ciepłoty ciała, trwały około kwadransa i ustały bez pozostawienia zmian. Dziecię nie było ospałém, w moczu zebranym późniéj białka nie wykazano. Ponieważ dziecię już 29/7 opuściło szpital, nie wiem, czy napad ten jeszcze się powtórzył, od matki jednak późniéj dowiedzieliśmy się, iż w domu poprzednio nigdy drgawek nie spostrzeżono, i że późniéj

po pobycie szpitalnym drgawki więcéj się nie powtórzyły. Terapija w szpitalu była wyczekującą.

2) Antoni Rychlewicz, chłopiec 8-letni, dość dobrze odżywiony, ze zboczeniem w odżywieniu zołzowém, przyjęty 12 października 1880. Chory pochodzi z rodziny zołzami dotkniętéj, czworo rodzeństwa zmarło w młodym wieku, pięcioro żyje, z tych troje okazuje liczne objawy zołzów. Na drgawki żadne z nich nie cierpiało ani nie cierpi. I pacyjent nasz nigdy padaczki lub innych drgawek nie cierpiał. Na tém co do wywiadów w obec stopnia inteligencyi rodziców poprzestać musiano. Stan obecny: Kościec prawidłowy, na skórze sklepienia czaszkowego liczne strupy i owrzodzenia powierzchowne skutkiem wyprysku, na skórze przedramienia lewego w połowie, tak na stronie zginaczy jak i wyprężaczy, daléj na łytce prawéj w pośrodku i na podeszwie prawéj znajdują się duże uwarstwione strupy owalne, brunatne, z pod których za uciśnięciem wydobywa się rzadka ropa, a po zdjęciu których okazują się przetokowate owrzodzenia atoniczne. Wzdłuż obydwu brzegów górnych oczodołowych przebiegają dawniejsze blizny zaciągnięte i wywołujące w części wywinięcie powieki górnéj lewéj na zewnątrz. Nadto gałka oczna lewa ku przodowi i na wewnątrz wysunięta (wytrzeszczak), tak iż powieki wcale nie domykają. Spojówka oka lewego w całości przerosła, zgrubiała, pokryta w części górnéj gałkowéj strupem żółtawym łatwo ściągnąć się dającym. Rogówka zwrócona stale ku stronie nosowéj, tylko w odcinku wewnętrznym przeźroczysta, zresztą ćmawa, część jéj środkową zajmuje blizna niebieskawa, odcinek górny i zewnętrzny rozmiękły. Tęczówka prawidłowa, źrenica nieco rozszerzona (keratomalacyja skutkiem niedomykania powiek). Chory okiem tém rozróżnia jednak jeszcze przedmioty trzymane w odległości małéj i po stronie prawéj. Ruchy gałki ocznéj upośledzone. Gruczoły karkowe i podszczękowe znacznie powiększone, twarde. Płuca zdrowe, tony serca czyste, wątroba i śledziona niemacalne. Mocz prawidłowy. Stan bezgorączkowy, zboczeń w dziedzinie czuciowéj i ruchowéj nie ma, inteligencyja mierna. 17/10 występuje ropotok z ucha prawego, w nocy miał się chory ze snu zrywać z krzykiem, wyskakiwać z łóżka, lecz wnet się uspokoił. Do 31 października nic zresztą nie zaszło. Leczenie zasadzało się na zakraplaniu atropinu, zastąpieniu powieki płatkami płótna pokrytemi waseliną na noc, opatrywaniu wrzodów i podawaniu wewnętrznie mieszanki jodku potasu, nastoju jodowego i gliceryny. 31/10 wśród obmywania oka lewego letnią wodą wystąpiły drgawki przerywane zwłaszcza odnóg górnych bez poprzedzającego wykrzyknięcia lub zblednienia, z utratą zupełną przytomności, ze ślinieniem znaczniejszém, brak jednak tężca lub szczękościsku, oddech i tętno spokojne, ciepłota niepodwyższona; gałki oczne skierowane ku stronie lewéj, źrenice rozszerzone. Napad trwał zaledwie dwie minuty, poczém zauważono najpierw powracanie słuchu, gdyż chory zamiast odpowiadać na zadawane pytania powtarza tylko bezwiednie słowo, jakie się doń mówiło. Po 5ciu dopiero minutach oprzytomniał zupełnie, lecz był drażliwy, żalił się na bóle głowy w okolicy czołowéj i na ból rąk. Badanie fizyczne wykazało tylko bardzo mierny obrzęk surowiczy skóry na klatce piersiowéj, podczas gdy reszta prawidłowa. W ciągu dnia drgawki powtórzyły się jeszcze kilka razy obejmując także i odnogi dolne. W nocy sen dobry, tylko dwa razy spostrzeżono lekkie zrywanie. Wymiotów przez cały czas nie było, stolce w porządku, mocz białka nie zawiera, ciepłota prawidłowa. 1/11 chory śniadał dobrze. Podczas wizyty rannéj leży spokojnie wyciągnięty i trzyma się lewą ręką za głowę, podczas gdy prawa odnoga górna w stawie łokciowym zgięta, sztywna, ręka w stawie nadgarstkowym mocno zgięta a palce skurczone z kciukiem na wewnątrz. Po wyprostowaniu palców i ręki, dla chorego zresztą bolesném i niezupełnie uskutecznić się dającém, wracają one do położenia pierwotnego. Czucie na odnodze téj upośledzone, podobnie lecz w mniejszym stopniu także na odnodze prawéj dolnéj; dopiero przy mocném kłuciu chory usuwa nogę i krzywi się, odruchów przy łechtaniu podeszwy prawie nie ma. Kurczliwość elektromięśniowa odnogi prawéj górnéj znacznie zmniejszona, dolnéj prawidłowa. Stopa lewa w stanie silnéj fleksyi podeszwowéj, czucie i odruchy prawidłowe. Ruchy celowe możliwe lecz przerywane, chory o swéj mocy siedzieć potrafi. Skóra twarzy, szyi i klatki piersiowéj, a w bardzo małym stopniu i odnóg dolnych, zwłaszcza prawéj, surowiczo obrzękła, blada. Fałd nosowo-wargowy lewy wygładzony. Rogówka lewa prawie w całości ćmawa, w części dolnéj zamieniona w rozmiękłą, ropiastą istotę; spojówka mocno nastrzykana. Z obydwu przewodów słuchowych wydobywa się ciecz ropiasta, słuch przytępiony, przytomność utrzymana, lecz chory więcéj głupkowaty, odpowiedzi na zapytania wcale nie daje, czasem wydaje głos niezrozumiały, nieartykułowany. Wypuk klatki piersiowéj zmian nie wykazuje żadnych, podobnie i wysłuch. Jama brzuszna płynu nie zawiera, śledziona i wątroba prawidłowe; ciepłota 36·8°C., tętno i oddech regularne. Jeżeli ma potrzebę pójścia na stronę, nie woła posługi, tylko sam z łóżka schodzić usiłuje. Postawiony na nogi rozkracza takowe, stopy przybierają ułożenie jak *pes varus* i chory pada ku stronie prawéj i przodowi. Mocz prawidłowy. Dopiero wieczorem pierwszy raz przemówił i żali się na ból głowy, ciepłota wieczorna 37·0°C. Przy umyślnym ucisku na gałkę oczną lewą drgawek nie wywołano, tylko ruchy objawiające ból lub przestrach. 2/11 niedowład prawéj połowy ciała daléj się utrzymuje; fałd nosowo wargowy jeszcze wygładzony, czucie na odnogach tak górnéj jak i dolnéj jeszcze upośledzone, lokalizacyja jednak już dokładniejsza, podobnie zachowują się i odruchy przy łechtaniu. Mowa skandowana, niewyraźna, słuch przytępiony, badanie wykazało zapalenie tylko przewodów zewnętrznych. Mocz oddany w ilości prawidłowéj zawiera ślad białka dobrze spostrzegalny, chlorki prawidłowe, barwiki w ilości znacznie zwiększonéj. W osadzie nieco wałeczków Belliniego, przybłonki i moczany w znacznéj ilości. Obrzęk surowiczy skóry mniejszy. Wieczorem chory całkiem przytomny, mowa wyraźna, inteligencyja wróciła, usposobienie wesołe. Drgawki więcéj się nie powtórzyły. 3/11 niedowład wprawdzie znacznie mniejszy, zawsze jednak jeszcze się utrzymuje. Obrzęk surowiczy okolicy przyusznéj prawéj. 5/11 niedowład zupełnie ustąpił, czucie prawidłowe, obrzęk surowiczy skóry z wyjątkiem twarzy zupełnie ustąpił. 6/11 obrzęk twarzy mniejszy. W moczu śladzik białka zaledwie spostrzegalny. 8/11 twarz okazuje już ten sam wyraz co i dawniéj. 19/11 chory opuścił zakład. Przyjęty powtórnie 25 listopada 1880 nie okazywał żadnego śladu porażenia, stan oka był prawie ten sam, do ropienia okolicy oczodołowéj nie przyszło. Jedynie przy chodzie zauważono pewną sztywność odnogi dolnéj prawéj. Narządy wewnętrzne prawidłowe. W ciągu dalszéj obserwacyi aż do 10 grudnia,

w którymto dniu szpital opuścił, nie spostrzeżono żadnych przypadków ze strony narządu nerwowego, chory atoli żalił się często na ból głowy w okolicy czołowéj. (C. d. n.)

VI. Oceny i sprawozdania.

O postępowaniu przeciwgnilném w chorobach ocznych.

Podał Dr. Machek.

W krótkim stosunkowo czasie po ogłoszeniu prac Listra co do sposobów opatrywania ran stwierdzili chirurgowie korzystne wyniki lecznicze tegoż, a odtąd leczeniu przeciwgnilnemu coraz większe przyznawano znaczenie, chociaż sam sposób postępowania najrozmaitszym uległ zmianom. W okulistyce, a mianowicie w operacyjnéj jéj części, postępowanie przeciwgnilne przez dłuższy czas nie znalazło zastosowania. Najlepszym tego dowodem, że w wydanéj w r. 1874 nauce o operacyjach ocznych Arlta nawet wzmianki nie ma o leczeniu przeciwgnilném w téj części, w któréj autor omawia leczenie pooperacyjne zaćmy. Widocznie nie mieli jeszcze podówczas okuliści dostatecznych doświadczeń, któreby wskazywały, w jaki sposób stosować należy w okulistyce wielką zdobycz naukową chirurgów. O zakaźnéj bowiem przyrodzie wielu pooperacyjnych chorób ocznych podówczas już nikt nie wątpił.

Łatwo zresztą zrozumieć, dla czego okuliści dłuższego czasu potrzebowali, zanim zastosowali środki przeciwgnilne. Z góry można było przewidzieć, że leczenie przeciwgnilne w okulistyce nie da się z równą ścisłością przeprowadzić jak w chirurgii, a przecież według słów Listra „właśnie na pedantycznéj ścisłości przeprowadzenia polega tajemnica świetnych wyników leczniczych.“ Wątpliwą naprzód było rzeczą, czy w ogóle środki przeciwgnilne w dostatecznie silnych roczynach bez szkody można do oczu zapuszczać, ranki śród operacyj zadawane niemi zwilżać lub chore oko zadrażniać. Z anatomicznych wreszcie względów trudno oko tak jak rany uchronić od wpływów szkodliwego zetknięcia się z powietrzem; gdyby bowiem nawet założono opaskę, któraby odnawiano śród zastosowania rozpylonego rozczynu kwasu karbolowego, co według dawniejszych zapatrywań konieczną było rzeczą, to przecież nie podobna usunąć szkodliwego wpływu jamy ustnéj i nosowéj, które za pośrednictwem przewodu nosołzowego z workiem spojówkowym w łączności pozostają.

Względy te jednak nie powstrzymały okulistów od stosowania środków przeciwgnilnych, do czego zachęcał cały szereg zakaźnych chorób ocznych. Pomijając zakaźne choroby spojówki, woreczka łzowego, wrzodów rogówkowych, ran w rogówce i twardówce powstałych skutkiem urazu, przedewszystkiém częste ropienie ran pooperacyjnych, a w szczególności ranek zadanych celem wydobycia zaćmy, zmuszało do zastosowania środków przeciwgnilnych a to tém bardziéj, że wątpliwości nie ulegało, iż najczęściéj ropienie jest skutkiem zakażenia ran, które podczas lub po operacyi następuje.

Naprzód zastosowano postępując z należytą ostrożnością sposób Listra. Zapuszczano do woreczka spojówkowego $\frac{1}{2}$ do 2% rozczyn kwasu karbolowego, przemywano tymże rozczynem powieki i zastosowano mgłę tak podczas operacyi jak i przy każdorazowém opatrywaniu oczu operowanych. Wkrótce doświadczenie wykazało, że sposób ten raczéj jest szkodliwy niż korzystny. Wyniki lecznicze były gorsze niż w obec dawnego sposobu opatrywania. Horner spostrzegał, że kwas karbolowy bardzo często drażni spojówkę i powieki, Strasser widział po zapuszczeniu $\frac{1}{2}$% rozczynu kwasu karbolowego zaciemnienia rogówki i wrzody rogówkowe, Alf. Graefe zaś spostrzegał obrzmienie powiek, wyprysk, długo trwające zadrażnienie oczu itp., Rothmund zaprzestał stosowania kwasu karbolowego z powodu bólu, który powstaje po dłuższém użyciu. Mgła utrudnia wykonanie operacyj daleko delikatniejszych niż są zwykłe operacyje chirurgów, a nawet do oczyszczania narzędzi używanych w okulistyce rozczyny kwasu karbolowego nie są przydatne, gdyż narzędzia w krótkim stosunkowo czasie stają się tępemi. Ze szczególniejszą ścisłością przeprowadził leczenie przeciwgnilne stosując kwas karbolowy Alf. Graefe. Tylko z początku wyniki odpowiadały oczekiwaniom. Straty z 6% spadły na 2·5% na 114 operacyj. Wyniki innych okulistów były bardzo niekorzystne. Schiess miał 6% strat, w klinice Knappa pomimo najściślejszego leczenia przeciwgnilnego, według zaleconego przez Alf. Graefego sposobu, zropiało równocześnie cztery, w zakładzie Pagenstechera w Wiesbadenie w krótkim czasie kilka oczu, Just (1881) stracił 8% na 25 przypadków a z 207 oczu stracił śród leczenia przeciwgnilnego 9 oczu, z 200 zaś oczu operowanych poprzednio bez zastosowania środków przeciwgnilnych nie utracił ani jednego oka. Po tych doświadczeniach zaniechano stosowania rozczynów kwasu karbolowego. Lek ten zawiódł oczekiwania okulistów. Dziś znajduje tylko zastosowanie u noworodków, które bardzo dobrze znoszą środki żrące, a u których obawa powstania śluzoropotoku ostrego, grożącego zropieniem rogówki usprawiedliwia jego zastosowanie.

Porzuciwszy kwas karbolowy zwrócili się okuliści do innych środków przeciwgnilnych. Horner zalecał opaski zwilżone rozczynem kwasu salicylowego w stosunku 1 : 300, tak po operacyjach krwawych jak i w przypadkach wrzodów rogówkowych. Późniéj zalecił kwas borowy, który wchodził już w skład sposobu opatrywania oczu podanego przez Alfreda Graefego; kwas borowy stosował także Wecker.

Do jakich wyników doszli okuliści stosując postępowanie przeciwgnilne po operacyjach zaćmy aż do sierpnia zaprzeszłego roku, poznamy najlepiéj przeglądając sprawozdania z sekcyi okulistycznéj Zjazdu lekarzy i przyrodników, który się w tym czasie odbył w Londynie. Leczenie antiseptyczne po operacyjach zaćmy było przedmiotem wykładu prof. Hornera z Zurychu. O rezultacie ożywionych nad tym przedmiotem rozpraw podał swojego czasu prof. Rydel sprawozdanie w Przeglądzie Lek. (Nr. 42 z r. 1881). Wspomnę tylko, że Horner zamknął rozprawę wyznaniem, że „postępowanie przeciwgnilne niezbędne jest tylko w szpitalach przepełnionych; doświadczony operator może i bez niego mieć dobre wyniki, ale czyni ono je pewniejszemi.“ Prof. Rydel pisząc sprawozdanie wspomniał, jakie było postępowanie w ostatnich czterech latach w klinice okulistycznéj w Krakowie i w jego praktyce prywatnéj. Poprzestawał na staranném czyszczeniu narzędzi operacyjnych wyskokiem i maczaniu należycie oczyszczonych gąbek używanych podczas operacyi w 2% rozczynie kwasu karbolowego. Rezultaty w tych czterech latach otrzymane były bardzo korzystne. W ostatnich dwóch latach już nie używamy gąbek tylko waty Brunsa maczanéj w 3% rozczynie kwasu borowego, któréj po mierném wyciśnięciu używamy jako gąbki. Na powieki przykłada się płatek borlintu zmaczany także w kwasie borowym, na to watę Brunsa i opaskę Arlta. Odtąd nieprzy-

darzył się jeszcze ani jeden przypadek zakażenia septycznego ranki (ropienia) po operacyi.

Od czasu Zjazdu londyńskiego ogłoszono dalszy szereg sprawozdań z klinik i zakładów okulistycznych, w których są opisane sposoby postępowania przeciwgnilnego i daty statystyczne odnoszące się do wyników leczniczych. Hirschberg (*Anatomische und praktische Bemerkungen zur Altersstaarausziehung. Graef. Archiv f. Ophthal.* XXVIII, 1) zaleca przy operacyjach zaćmy jakoteż w ogóle po operacyjach ocznych zachowanie wszelkich ostrożności, aby zapobiedz zanieczyszczeniu rany i przestrzega, aby narzędzia przed operacyją i po operacyi należycie oczyścić, lecz nie stosuje postępowania przeciwgnilnego w właściwém tegoż znaczeniu. Mooren zaleca opatrunek Hornera (kwas salicylowy) i dodaje, że odkąd używa tego opatrunku, straty się zmniejszyły o 3% (dawniéj tracił 6·5%). Oprócz tego stosowano jako środki przeciwgnilne tymol, resorcynę (Förster), hydrochinon, kwas salicylowy i kwas borowy (Sattler) *acidum benzoicum* i wreszcie chinolin (zalecony przez Salkowskiego). Żaden jednakże z tych środków nie okazał się lepszym od kwasu borowego (Eversbusch).

Rozpatrzywszy się w licznych spostrzeżeniach dotyczących postępowania przeciwgnilnego przy i po operacyjach możemy istniejące dziś zapatrywania w następujący sposób streścić: 1) Ścisłe przeprowadzenie postępowania przez Listra zaleconego jest w przypadkach operacyj okulistycznych wprost szkodliwe. Kwas karbolowy w rozczynach działających antyseptycznie działa drażniąco, mgła nie zaleca się z powodów, o których wyżéj wspomnieliśmy. 2) Kwas borowy jest najlepszym z dotąd znanych środków przeciwgnilnych, który podczas operacyi i po operacyjach ocznych stosować można. Nie drażniąc oka działa dostatecznie przeciwgnilnie. 3) Postępowanie przeciwgnilne nie zabezpiecza bezwzględnie od ropienia, gdyż niektórzy okuliści pomimo zastosowania tegoż od czasu do czasu cały szereg oczu operowanych skutkiem zropienia utracili (Knapp, Gałęzowski; tenże stracił 5 oczu na 93). 4) Zwykły sposób opatrywania ran, przy jak najściślejszém przestrzeganiu czystości tak narzędzi jak i materyjałów opatrunkowych, może w zakładach nieprzepełnionych i w praktyce prywatnéj dać również korzystne wyniki. Ponieważ atoli łatwiéj czystość utrzymać śród stosowania postępowania przeciwgnilnego, a zapewne w wielu przypadkach tylko za pomocą tegoż, postępowanie więc przeciwgnilne zalecić należy. 5) Do dezinfekcyi narzędzi okulistycznych najlepszym jest wyskok.

Podczas gdy jak z powyższego wynika moglibyśmy się przy i po operacyjach zadowolić przestrzeganiem czystości i obejść bez środków przeciwgnilnych, nie możemy tego powiedzieć o leczeniu zakaźnych chorób oczu, do których pomijając choroby spojówki należą pełzające wrzody rogówkowe, ropne zapalenie i śluzoropotok woreczka łzowego, tak często powikłany z wrzodami rogówki. W tych przypadkach leczenie przeciwgnilne jest bezwzględnie wskazane. Typem wrzodów zakaźnych jest wrzód pełzający rogówki (*Ulcus serpens*). W roku 1870 zalecił Saemisch znany zabieg operacyjny celem powstrzymania ropienia. Najczęściéj jednakże tęczówka wrasta w rankę zapewne i w takich przypadkach, w którychby się obeszło bez tego, gdyby innym sposobem można ropienie powstrzymać. Z tego powodu uważają operacyję Saemischa za szkodliwą Weber, Nieden, Samelsohn i Becker, a Arlt i Stilling zachwalają ciepłe okłady i atropin. (13 Zjazd okulistów w Heidelbergu).

W obec tych spostrzeżeń i zakaźnéj przyrody choroby dziwić się nie można, że zwrócono się ku środkom przeciwgnilnym. Mają one zapobiedz dalszemu szerzeniu się wrzodu pełzającego.

Horner zalecił kwas salicylowy, Weber i Mohr *extractum fabae calabaricae* jako środek przeciwgnilny. Skutek tego ostatniego leku był dość dobry, chociaż Schmidt-Rimpler wykazał, że wcale nie działa przeciwgnilnie. W Monachijum (*Eversbusch, Bemerkungen über die Anwendung der Antiseptica,* 1882) leczono wrzód pełzający kwasem karbolowym, borowym i tymolem. U młodych chorych po użyciu tych leków ograniczało się ropienie po kilkodniowém zapuszczaniu, u starszych zaś bardzo często pomimo środków tych postępowało. Z tego powodu zaleca Eversbusch wykonanie operacyi Saemischa u chorych wieku podeszłego, jeżeli po kilkudniowém zapuszczaniu kwasu borowego lub tymolu, które to środki zalecają się przed kwasem karbolowym, wrzód jeszcze postępuje.

Na ostatnim Zjeździe okulistów w Heidelbergu zalecił Sattler chlorek rtęciowy jako dzielny środek przeciwgnilny. Korzystając z prac Kocha, który wykazał, że w bardzo nawet rozcieńczonym stanie działa niszcząco na przyrzuty gnilne, Leistikow zalecał rozczyn 1 na 20.000 jako środek niszczący przyrzuty, które napotykamy w wydzielinie rzeżączkowéj. Sattler podaje, że spojówka chora na śluzoropotok przewlekły znosi dobrze rozczyn chlorku rtęciowego w stosunku 1 do 4000, i że rozczyn ten zmniejsza ilość wydzieliny. Otóż tak że w przypadkach wrzodów pełzających zaleca Sattler chlorek rtęciowy w rozczynie 1 na 4000. Środek ten zastosowany w klinice krakowskiéj powstrzymał ropienie w przypadku kilka razy odnawiającego się wrzodu rogówkowego powikłanego z jaglicą spojówek, podczas gdy inne środki jak kwas borowy, azotan srebra, siarkan miedziowy, rumiankowe okłady okazały się bezskutecznemi. W innym zaś przypadku, prawda że u chorego mającego lat 81 i w oku, które skutkiem zwichnięcia soczewki przebyło zapalenie ciałka rzęskowego i naczyniówki z następową utratą poczucia światła, chlorek rtęciowy nie powstrzymał ropienia, tak że trzeba było przystąpić do operacyi według Saemischa.

Odkąd jodoformu używamy w okulistyce i odkąd się nauczyliśmy cenić przeciwgnilne tegoż własności, stosujemy w klinice krakowskiéj lek ten także w przypadkach wrzodów pełzających. Skutek we wszystkich przypadkach był widoczny a przebieg choroby lżejszy. Sprawozdawca zwrócił na skuteczność jodoformu w tych przypadkach uwagę w wykładzie mianym w krakowskiém Towarzystwie lekarskiém, pół roku wcześniéj niż Deutschmann opisał swoje przypadki w Graefego *Archiv für Ophthalmologie.* Lecz i jodoform nie we wszystkich przypadkach powstrzymuje ropienie a w takich razach nic nie pozostaje jak wykonanie operacyi zaleconéj przez Saemischa.

Z powyższego wynika, że w przypadkach pełzających wrzodów rogówkowych należy: 1) Bezzwłocznie zastosować postępowanie przeciwgnilne. 2) Ze środków przeciwgnilnych zalecają się kwas borowy, tymol, jodoform i chlorek rtęciowy. 3) Jeżeli pomimo to ropienie postępuje, co znowu częściéj bywa u chorych w wieku podeszłym, tedy należy wykonać keratotomiję według Saemischa. 4) Atropin, ezeryn i wilgotne ciepłe okłady można obok postępowania przeciwgnilnego stosować, uwzględniając wskazania w każdym szczegółowym przypadku. 5) Jeżeli wrzód jest powikłany albo powstał skutkiem śluzoropotoku woreczka łzowego, tedy trze-

ba zastosować równocześnie leczenie zapomocą sond Bowmana.

Wspomnieć tu trzeba, że nie wszystkie wrzody pełzające powstają skutkiem zakażenia. To téż Arlt w najnowszém dziele o chorobach spojówkowych dzieli wrzody pełzające na dwa rodzaje. Jedne powstają skutkiem zakażenia, drugie podobnie jak ropnie rogówki skutkiem ugniecenia. Skłonność zaś rozszerzania się ku obwodowi tłumaczy Stellwag dostatecznie uciskiem, jaki wywiera *membrana elastica anterior* na obwodowe części wrzodu.

Rozczyn chlorku rtęciowego w stosunku 1 do 20.000 działa według Sattlera dostatecznie przeciwgnilnie, spojówka zaś prawidłowa znosi lek ten bardzo dobrze, oko się nawet nie zaczerwienia podobnie jak po zapuszczeniu 3% rozczynu kwasu borowego. Z tego powodu nie zawahał się Sattler używać tego środka przed operacyją i po operacyi zaćmy. W pewnéj ilości przypadków operacyi zaćmy i irydektomii oczyszcza tym rozczynem worek spojówkowy przed operacyją, zapuszcza go jak najregularniéj po operacyi i nie spostrzegał objawów zadrażnienia.

Wspomnę wreszcie, że zasypywanie jodoformu w przypadkach śluzoropotoku spojówek zalecają Dujardin, Grossmann i Maconchie. Zdaniem jednakże sprawozdawcy, który liczne pod tym względem robił doświadczenia, jodoform w tych przypadkach nie jest skuteczny. Po wyjęciu gałki ocznéj zasypujemy jodoform i zakładamy opaskę uciskową. Rana się goi w przeciągu kilku dni, wydzieliny bywa bardzo mało. Przedostatni z operowanych przypadków wyszedł 6 dnia po operacyi z kliniki. Eversbusch zaleca po wyłuszczeniu gałki ocznéj kwas borowy. Jodoform zaleca się także we wszystkich przypadkach, w których skutkiem operacyi powstaje większa rana lub brak miąższu jak po operacyjach plastycznych, po przecięciu woreczka łzowego według Petita, przy operacyjach nowotworów i po urazach. W tych zresztą przypadkach postępujemy według zasad przyjętych w chirurgii. (Holstein. *Antisepsis in der Augenheilkunde, Berlin, 1883; Bericht über die 14. Versammlung der ophth. Gesellschaft in Heidelberg 1882; Mittheilungen aus der Augenklinik in München, 1882. — Mooren. Fünf Lustren ophthalmologischer Wirksamkeit, 1882. — Knapp Archiv für Augenheilkunde, Berichte,* tom 11, 12).

Wiadomości pomniejsze.

(K. Gr.) **Blednica i gorączka.** Aczkolwiek wiele nieprawidłowości co do gorączki znaleziono w przypadkach tak nazwanéj postępowéj lub zjadliwéj niedokrewności, to sądzono, że w zwykłych przypadkach niedokrewności, z jakiemi się spotykamy u kobiet młodych, ciepłota bywa prawidłową. Przeciw temu mniemaniu wystąpił Mollière w artykule zamieszczonym w *Lyon médical.* Spostrzeżenia czynił on na 8 kobietach młodych, które nie przedstawiały żadnych innych objawów chorobowych prócz niedokrewności, z powodu któréj leczyły się. Ciepłotę mierzono co rano i wieczór w kiszce stolcowéj, przez okres czasu od 2 do 50 dni i znaleziono, że wahała się między 38·7°C. a 39·3°C. Badano téż ilość mocznika wydzielanego na dobę i znaleziono ją prawidłową. Mollière mniema, że podniesioną ciepłotę można tłumaczyć przypuszczeniem, iż tworzą się przy spaleniu produkty, które nie dadzą się tak łatwo rozpoznać jak mocznik. Podawano siarkan chininu jako lek przeciwgorączkowy, co miało ten skutek, ze ciepłota czasowo się obniżała. Wpływ ten jeżeli się będzie zawsze pojawiał, zdaniem M., stanowczo, stwierdzi istnienie nieprawidłowéj ciepłoty ciała w blednicy. (*The Lancet* 1883, I, Nr. 12).

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Posiedzenie zwyczajne Sekcyi lwowskiéj z dnia 17 marca 1883 r.

Przewodniczący kol. Rieger. Członków obecnych 26.

Na porządku dziennym sprawa wyboru biura na r. b., w któréj zabierało głos wielu kolegów a w końcu zatwierdzono dokonany na jedném z ostatnich posiedzeń wybór z wyjątkiem wyboru zastępcy przewodniczącego, który odroczono na następne posiedzenie.

Przewodniczący po zatwierdzeniu wyborów dziękując za zaufanie podaje swój program pracy naukowéj, jaki w rb. rozwinąć należy i zawiadamia, że tylko raz na miesiąc posiedzenia odbywać się będą.

Przewodniczący zawiadamia, że otrzymał 100 egzemplarzy spisu akuszerek z Magistratu i że je kolegom pocztą rozesłał. Kol. Merunowicz tłumaczy znaczenie takiego spisu akuszerek.

Kol. Strojnowski przedstawia staruszkę 74-letnią, u któréj przed 14 dniami operował przetokę pęcherzowo-pochwową. Staruszka ta nosiła przez 2 lat *pessarium*, wytworzyły się u niéj znaczne ekskoryjacyje a te wywołały przetokę. Do spojenia użył jedwabiu karbolizowanego, założył 12 szwów i zamknięcie przetoki jest zupełne, rana zagojona i chora dobrze odżywiona. Kol. Schattauer odpowiada kol. Łopackiemu, że do zespojenia przetoki pochwowéj nigdy się nie używa katgutu, gdyż sam daleko wcześniéj ulega wessaniu niż zupełny zrost nastaje a wreszcie jedwab jest równie antyseptyczny a nierównie mocniejszy od katgutu.

Kol. Mehrer przedstawia chorego z chorobą skórną. Chory ten okazuje tuż nad ostatniém lewém żebrem w linii sutkowéj plamę wielkości dłoni dziecka. Plama ta jest barwy ciemniejszéj od barwy skóry, błyszcząca, nie wystaje nad powierzchnię skóry a za dotykiem niebolesna. Chory podaje, że w miejscu plamy doznaje uczucia naprężenia. Kol. prelegent nazwał chorobę tę *scleroderma* zgodnie z nazwą i pojęciem choroby jak Kaposi opisuje. Wyklucza rozpoznanie keloidu, bo ten jest biały i wystaje nad powierzchnię skóry. Kol. Krówczyński oświadcza, że widział 3 przypadki *scleroderma* ale we wszystkich plamy były bledsze i symetrycznie po obu stronach klatki piersiowéj usadowione i dlatego téż obecny przypadek nie uważa za *scleroderma* ale raczéj za chorobę sobie nie znaną. W odpowiedzi oświadcza prelegent, że dotąd nigdy nie widział téj choroby, że obecny przypadek po raz pierwszy zauważył, i dlatego téż sam nie chce stanowczo decydować. Powołuje się tylko na Kaposiego, który utrzymuje, że barwa silniejsza lub bledsza nie sprzeciwia się rozpoznaniu, gdyż barwa ciemniejsza zawsze blednieje w miarę tego jak skóra zanika i kiedy zwolna przechodzi w *scleroderma atrophicum.* Nadmienia także, że dotąd nie zastósował żadnego leczenia ale zamyśla użyć prądu.

Kol. Longchamps (syn) odczytał szczegółowy opis przypadku uszkodzenia wątroby. J. D. mężczyzna 23 lat mający, otrzymał wśród bójki 2 zranienia w brzuch; jedno z nich znajdowało się 2 cm. powyżéj pępka nieco na prawo od linii pępkowéj, $1\frac{1}{2}$ cm. długie z wypadnięciem sieci brzusznéj wielkości pięści dziecka; a 2gie dwa palce poniżéj łuku żebra a 3 palce na prawo od linii mostkowéj, długość rany 2 cm. Umiejscowienie, stłumienie wypuku i znaczny krwotok wzbudziły podejrzenie uszkodzenia wątroby. Dalszy przebieg uzasadnił to podejrzenie. Leczenie ściśle antyseptyczne. Do rany górnéj włożono sączek, wypadniętą zaś w ranie dolnéj sieć nie wprowadzono na powrót do jamy brzusznéj lecz ujęto w klamrę Spencer Welsa i zostawiono ją dalszemu losowi. 2go dnia po uszkodzeniu wystąpiła żółtaczka, stłumienie w okolicy górnéj rany znacznie się rozszerzyło i miejsce tu było bolesne. W dalszym przebiegu ciepłota ciała wahała się między 38 a 38·5—39·0, co zwiastowało tworzenie się ogniska ropnego. Jedynastego dnia po uszkodzeniu rozpoznano ropień znajdujący się pod powłokami brzusznemi, który natychmiast otwarto. Około 80 grm. czystéj ropy wyszło.

Czy ropień ten pochodził z samego miąższu wątroby, lub téż z tkanki między wątrobą a ścianą brzucha z powodu ograniczonego zapalenia otrzewny, zostawia prelegent nierozstrzygniętém; że ognisko tu było głębokie, dowodzi ta okoliczność, że całą długością palca wskazującego można było wejść do jamy ropnia. Odtąd ciepłota ciała była prawidłową, żółtaczka i bole-

sność ustąpiły a chory w 5 tygodni wyleczony zupełnie opuścił szpital. Dodać należy, że wypadnięta sieć 7go dnia po uszkodzeniu wraz z klamrą odpadła. W końcu zastanawia się prelegent szczegółowo nad objawami opisanego przypadku i czyni uwagi co do prognozy i leczenia uszkodzeń wątroby na podstawie dotyczącéj literatury. W dyskusyi zabierali głos kol. Schattauer i Feigel. Na têm posiedzenie zamknięto.

Dr. Pawlikowski, Sekretarz.

VIII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

(K. Gr.) Jako dalszy ciąg poprzednio wydanych sprawozdań ogłosiła c. kr. krajowa Rada zdrowia Sprawozdanie o stosunkach zdrowotnych Galicyi za rok 1878, 1879 i 1880. Sprawozdania te za 3 lata ułożone są na wzór sprawozdań z lat poprzednich, którym zasłużone oddawaliśmy pochwały, z tą jedynie różnicą, że dodano więcéj tablic (starannie zestawionych przez Dra Merunowicza), co têm bardziéj ułatwiając przegląd na uznanie zasługuje. Sprawozdania z wymienionych 3ch lat zawierają wiele dat statystycznych odnoszących się do stosunków zdrowotnych Galicyi. rzucają więc wiele światła na nie, bo jak słusznie wyraził się Goethe w jedném z pism swoich: „Mówią, że cyfry rządzą światem, ja wiem tylko tyle, że one nam wskazują, jak nim rządzą.“

Brak miejsca nie dozwala przytaczania choćby niektórych tylko cyfr i nasuwających się wniosków, musimy czytelników odesłać do samego dziełka. — trudno jednak pominąć milczeniem, że porównanie cyfr do Galicyi z cyframi zaczerpniętemi z sprawozdań odnoszących się do innych krajów okazuje nader smutne stanowisko, jakie Galicyja pod względem stosunków sanitarnych zajmuje.

Każde z rocznych sprawozdań kończy się zestawieniem potrzeb koniecznych do poprawy stosunków sanitarnych w Galicyi, które się jak w poprzednich latach z roku na rok powtarzają, co dowodzi, jak mało Wysoki Rząd uwzględnia gorliwe prace i usiłowania c. kr. Rady zdrowia. Z wymienionych od lat wielu potrzeb jednéj tylko uczyniono dotychczas zadość a mianowicie przez urządzenie szkoły weterynaryjnéj we Lwowie. Sprawozdania podobne z dłuższego szeregu lat będą w przyszłości stanowić cenny materyjał dla każdego badacza, dla tego mamy nadzieję, że mimo, iż Wysoki Rząd tak mało stosunkowo zwraca uwagi na te sprawozdania, Rada zdrowia nie ustanie w swéj gorliwéj pracy.

(K. Gr.) Dżuma w Persyi. Międzynarodowa Rada zdrowia w Konstantynopolu dowiedziawszy się, iż dżuma wybuchła znów w Persyi tuż przy granicy tureckiéj, wysłała lekarza na miejsce i otrzymała od niego w zeszłym tygodniu depeszę donoszącą: „iż epidemija (która nawiedziła perskie wioski Zeilan i Bekir-Bey, obwód Djuvando) jest istotnie zarazą dymienicową. Wszyscy, którzy zapadli, mieli dymienice a dotąd zmarło 170 osób“.

Obwód Djuvando leży w południowo wschodniéj stronie tureckiéj prowincyi Suleimaneh na południe od Sehma tuż przy drodze do Tauru. Wioski, w których zaraza ta pojawiła się, znajdują się w równéj odległości od Sulejmaneh i Khaneguine, przez którą to ostatnią miejscowość przeciągają karawany z ciałami zmarłych Persów do miejsc świętych Bagdad i Irak Arabi. Obwód zarazą nawiedzony jest odległym o 90 mil (zapewne ang. = 145 kilm.) ku południowi od jeziora Ourmiach, przed którém zaraza pojawiła się w roku zeszłym a po raz pierwszy to dowiadujemy się o wybuchu téj strasznéj choroby w tak południowych okolicach. Okoliczność ta dowodzi, iż zaraza ma wybitną dążność szerzenia się ku południowemu Kurdystanowi a gdy dążność ta nie będzie powstrzymaną, zaraza znajdzie drogę dostania się do Irak przez tureckie obwody lub przez Kirmanchach. Głoszą jednakże, że Kurdowie podjęli energiczne środki, aby zaraza nie dostała się do ich kraju i że ustanowiono ścisłą kwarantanę na granicy tureckiéj. (*The Lancet 1883*, I, Nr. 17 z d. 28/4 1883).

Statystyka przypadków wścieklizny w Bordeaux. Od r. 1879 zniesiono w Bordeaux zwyczaj noszenia kagańców przez psy. Zestawienie statystyczne z 3ch lat poprzednich i 3ch lat następnych wykazuje, o ile pożytecznêm jest to zarządzenie. W latach 1876, 1877 i 1878 wydarzyło się u psów 5 przypadków wścieklizny. Psy te pokąsały ludzi —, psów 52, kotów 1. W latach 1879, 1880 i 1881 wydarzyła się wścieklizna u 32 psów, które pokąsały osób 11 (z tego 2 zachorowało i umarło z wścieklizny) psów 204, osła 1, koni 2, kotów 1, kura 1.

(I. S.) Orzeczenie Sądu najwyższego niemieckiego. Sąd w H. skazał rzeźnika H. i włościanina B. za to, że starali się o pozbycie mięsa z cielęcia, które miało przed zabiciem ciężko chorować, że więc sprzedawali mięso, które mogło zdrowiu człowieka zaszkodzić. Włościanin B. chcąc uchylić się od wspólwiny utrzymywał w swoim rekursie, że nie sprzedał rzeźnikowi mięsa z cielęcia zabitego, lecz zabite cielę w całości, co przecież nie może być w myśl ustawy uważane za pożywienie. Sąd najwyższy odrzucił rekurs orzekając, że gdy B. sprzedawał całe zabite cielę, sprzedawał również pewną jego część składową, która jako mięso jest pożywieniem, a ustawa nie wspomina nic o têm, jakoby wymiar kary nie miał być zastosowany, gdy nabywca musi jeszcze przedsiębrać pewne czynności, aby przedmiot nabyty mógł uchodzić za pożywienie. *Viertelj. f. ger. Medicin*, 1883, kwiecień).

Statystyka epidemij. W tygodniu od 15—21 kwietnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 46,7. Z ospy umarło 1 (0 z. t.); z płonicy 1 (0 z. t.); z błonicy 1 (0 z. t.); z duru osutkowego 1 (1 z. t.); z róży 1 (0 z. t.); z zapalenia nagminnego opon mózgo-rdzeniowych 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 3ch przypadkach ospy, 2 odry, 7 płonicy, 1 błonicy, 1 duru brzusznego, 4 duru osutkowego. W tygodniu od 8 do 14 kwietnia umarło w Londynie z ospy 2, zapadło świeżo 14, leczyło się w szpitalach 25. W Brukseli umarło 2, w Wiedniu, Budapeszcie, Amsterdamie, Madrycie po 3, w Pradze 4, w Lizbonie i Filadelfii po 5, w Aleksandryi 6, w Roterdamie 7, w Paryżu i Petersburgu po 9, w Walencyi 10, w Baltimore 13, w Nowym Orleanie 65, w Bombayu 123, w Rio de Janeiro 33, w Madrasie 14. Z duru brzusznego i czerwonki umiera więcéj w Aleksandryi. Z duru plamistego umarło w Rzymie 1, w Warszawie i Londynie po 2, w Maladze i Murcyi po 2, w Odesie 4, w Madrycie 5, w Petersburgu 7. W Pradze panuje odra, w Amsterdamie błonica. Z febry żółtéj umarło od 1—15 marca w Rio de Janeiro 65 osób.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 8—14 kwietnia umarło w Krakowie 36,1; w Warszawie 28,8; w Wiedniu 36,9; w Buda-peszcie 32,1; w Pradze 42,3; w Tryjeście 32,2; w Berlinie 27,9; w Wrocławiu 35,4; w Gdańsku 23,2; w Mnichowie 31,0; w Dreźnie 27,2: w Lipsku 23,7; w Bazylei 17,5; w Brukseli 38,1; w Amsterdamie 32,5; w Hadze 27,3; w Paryżu 29,5; w Londynie 23,8; w Kopenhadze 27,2; w Stokholmie 29.6; w Chrystyjanii 16,2; w Petersburgu 42,6; w Odesie 31,6; w Rzymie 30,2; w Wenecyi 33,9; w Bukareszcie 35,9; w Madrycie 54,1; w Lizbonie 33,9; w Aleksandryi 47,1; w Nowym Yorku 31,6; w Filadelfii 25,8; w Rio de Janeiro 64,2; w Bombayu 37,8; w Madrasie 31,2. *J. B.*

IX. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 2 maja. D. 12 b. m. w sobotę o godzinie 12 odbędzie się w Uniw. naszym uroczystość niezwykła: promocyja doktora wszech nauk lekarskich *sub auspiciis Imperatoris*. Promocyje takie zdarzają się w Wiedniu i w Pradze od czasu do czasu, szczególnie na Wydziale prawniczym, u nas zaś po raz pierwszy. Jeżeli kandydat po złożeniu wszystkich rygorozów jest w stanie wykazać, że począwszy od klas najniższych w każdém półroczu był nietylko pierwszym w klasie, ale ze wszystkich przedmiotów miał postęp celujący, że następnie egzamin dojrzałości złożył celująco ze wszystkich przedmiotów, a wreszcie że wszystkie egzaminy ścisłe w Uniwersytecie odbył celująco i to znów ze wszystkich przedmiotów bez wyjątku, ówczas może prosić N. Pana, aby promocyja odbyła się pod auspiciami Jego. Jeżeli Cesarz pozwoli, deleguje zastępcę swego na promocyję, w obec którego akt odbywa się w sposób uroczysty i publiczny, a który wręcza kandydatowi przy téj sposobności pierścień z monogramem N. Pana, jako upominek cesarski oraz osobny dyplom (t. zw. płachtę). Kandydatem tym szczęśliwym a zasłużonym jest p. Rudolf Trzebitzky, obecnie 2gi asystent

w klinice prof. Mikulicza; jako reprezentant N. Pana fungować będzie p. Delegat Namiestnictwa hr. Badeni, a jako promotor prof. Mikulicz. Uroczystość odbędzie się w amfiteatrze Nowodworskim.

* Ministerstwo Oświecenia zgodnie z wnioskiem Wydziału lek. poruczyło tymczasowo fizykowi miejskiemu Drowi Janowi Buszkowi wykłady policyi weterynarskiéj w Uniw. Jagiell. aż do czasu, dopóki katedra ta stale obsadzoną nie zostanie. Tym sposobem wykłady przerwane od czasu przeniesienia się prof. Barańskiego do Lwowa jeszcze w półroczu bieżącém odbywać się będą.

Ω Z początkiem maja przedsiębiorą w celach naukowych i handlowych podróż do południowéj Afryki Dr. med. Bachmann i aptekarz Wilms, obaj z Berlina Badania głównie będą skierowane celem poznania kraju Transvaal.

* **Wiedeń.** Elektroterapeutą szpitala powszechnego po śmierci Dra Fiebera mianowany został jeden z najzdolniejszych neuropatologów młodszych, docent prywatny Dr. Natan Weiss.

W rocznicę drugą śmierci Skody, dn. 13 czerwca, odsłoniętą zostanie tablica pamiątkowa na domu, w którym mieszkał i umarł na Reitergasse. odtąd ulicą Škody nazywać się mającą, z napisem: „Mieszkanie prof. Józefa Skody. Urodził się w r. 1805, umarł w r. 1881.

* Na wystawę higijeniczną w Berlinie delegowani zostali: z Austryi Dolnéj Drowie Karajan i Böhm, z Morawy Drowie Kusy i Presl. Z Galicyi również kosztem Rządu wysłanych będzie dwóch lekarzy, którym przypadnie obowiązek napisania w języku niemieckim sprawozdanie z pewnéj grupy wystawowéj. Zjazd higijenistów niemieckich odbędzie się w Berlinie od 16—19 maja. Sprawozdawcami na tym Zjeździe będą pp. Wolfhügel, Tieman, Virchow, Herzberg z Berlina, Cohn z Wrocławia i Fischer z Hanoweru.

Prof. Zeissl prosił o uwolnienie od obowiązku prymaryusza szpitala powszechnego.

* **Paryż.** Minister oświecenia przedłożył parlamentowi wniosek, aby w uznaniu zasług Pasteura przyznana mu dawniéj przez parlament płaca roczna 12000 franków podwyższoną została do 25.000 fr.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Gietynga.** Docent prywatny Dr. Karol Flügge mianowany został nadzw. profesorem higijeny i chemii lekarskiéj. — **Wiedeń.** Następcą Arlta już mianowany został prof. Stellwag, a na jego miejsce Wydział lekarski przedstawił terno w następującym porządku: 1mo *loco* E. Jägera, 2do Mauthnera, 3cio *loco ex aequo* Schnabla, Fuchsa i Sattlera.

* **Wiadomości osobowe.** Wychowańcy Uniw. Jagiell. Drowie Felicyjan Perski i Władysław Kwejzer mianowani zostali: pierwszy starszym lekarzem w 11ym pułku artyleryi, ostatni tymczasowym lekarzem korwety w marynarce wojennéj. Z armii czynnéj przeniesieni zostali do rezerwy: lekarz pułkowy Dr. Bolesław Koller (w Mikulińcach) i lekarz starszy Dr. Miron Jajus (w Sokalu).

* **Nekrologija.** W N. Yorku umarł słynny chirurg van Buren w 64 roku życia.

W Warszawie umarł Dr. Józef Troczewski, ordynator kliniki uniw. w szpitalu św. Ducha.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 17: Dobrzyckiego: Sprawozdanie z działalności lecznicy dla chorych piersiowych w Mieni (dok.); W *Gazecie Lek.* Nr. 17: Orłowskiego: O nowoczesnêm kruszeniu kamieni moczowych sposobem Bigelowa (c. d.); Dunina: O operacyjném leczeniu wysięków opłucnéj (c. d.)

Redakcyja otrzymała:

Dr. John G. LEE (lekarz sądowy w Filadelfii): Homicide and Suicide in the City and County of Philadelphia during a decade 1871 do 1881. Philadelphia 1883, in 8vo str. 32.

Dr. RYDYGIER (w Chełmnie): Zur Naphthalinbehandlung. (Osobne odbicie z *Berl. klin. Woch.* 1883) in 8vo str. 8.

Tenże: Ein Fall von Gastro-Enterostomie. (Osobne odbicie z *Centralbl. für Chirurg.* 1883) in 8vo str. 3.

Dr. J. POLAK (w Warszawie): O znaczeniu sztuki lekarskiéj i o stanowisku lekarzy. Warszawa 1883, in 12o str. 76.

Dr. B. SKÓRCZEWSKI (w Krakowie): Klimatologija Krynicy jako zakładu zdrojowo-kąpielowego. Kraków 1883, in 8vo str. 118 z tabl. litograf.

Dr. KOŁĄCZKOWSKI (w Szczawnicy): Szczawnica, zdrojowisko i stacyja klimatyczna. Kraków 1883, in 8vo str. 106 z piękną mapą Szczawnicy i jéj okolic.

Sprostowanie. W Nrze 17, str. 217, wiersz 8 od góry zamiast potworowi ma być powrotowi.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 184.
Dz. W. lek.

KONKURS.

Niniejszém rozpisuje się konkurs na posadę asystenta przy katedrze okulistyki Uniw. Jagiell. na lat dwa począwszy od 1 Października rb Z posadą tą połączona jest płaca rocznych 600 złr. w. a. tudzież bezpłatne pomieszkanie, opał i światło. Podania wystósowane do Wydziału lekarskiego i należycie uzasadnione wnosić należy do końca Maja rb. na ręce podpisanego.

Kraków 30 Kwietnia 1883. *Rydel*
t. r. Dziekan Wydz. lek.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:				
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 12 maja 1883. № 19. Rok XXII.

I. Z Zakładu sądowolekarskiego prof. Blumenstoka w Krakowie.

Kazuistyka sądowo- i policyjnolekarska.

III.

Zmiany w przypadku powieszenia na mocy wyroku.

Podał Dr. J. Schaitter,

demonstrator przy tymże zakładzie i lekarz sądowy.

Nauka o śmierci z powieszenia stanowi jeden z najważniejszych rozdziałów medycyny sądowéj. Przypadki jednak samobójstwa przez powieszenie zdarzają się u nas dosyć rzadko w stosunku do innych rodzajów gwałtownéj śmierci a nierównie rzadziéj jeszcze mamy sposobność obserwowania zmian anatomicznych na zwłokach powieszonych na mocy wyroku; dlatego to korzystamy ze sposobności, która nam się nie dawno nadarzyła (ob. Przegląd Lek. Nr. 16 z r. b.), aby zwrócić uwagę na zmiany znajdowane u powieszonych, zwłaszcza, że niniejszy przypadek przedstawiał zajmujący i ważny szczegół.

Stanisław Góral, lat 25 liczący wieśniak, dopuścił się skrytobójstwa na dwóch osobach a matkę ich mocno pokaleczył i nieprzytomną opuścił. Po zupełném przyznaniu się do czynu ze strony obwinionego zapadł nań wyrok śmierci w dniu 6 lutego rb. a wyrok ten wykonano w dniu 14 kwietnia w obrębie murów tutejszego zakładu karnego. W 7 minut po założeniu powrozu stwierdził jeszcze lekarz więzienny bicie serca, którego nie było już po upływie dalszych 8 minut. Sposób wykonania egzekucyi, z powodu skrępowania rąk i nóg delinkwenta, nie dozwolił nam obserwować drgawek przedśmiertnych, które mają tak często występować u powieszonych a według Tardieua bywają czasem tak silnemi, że kołatanie odnóg samobójców o ścianę lub drzwi w więzieniach paryskich zwracało uwagę dozorców i zapobiegało samobójstwu. Po upływie 12tu godzin zdjęto zwłoki i przewieziono do zakładu medycyny sądowéj, gdzie leżały przez noc na stole a nazajutrz rano a więc po upływie 27 godzin były przedmiotem sekcyi, któréj protokół zamieszczamy w całéj osnowie.

A. Oględziny zewnętrzne. 1) Na koszuli, którą zmarły miał na sobie, nie ma żadnych plam podejrzanych, natomiast na gatkach w połowie prawéj odpowiednio częściom płciowym znajdują się dwie plamy podobne do nasiennych, które wycięto i poddano badaniu mikroskopowemu; nie zdołano jednak stwierdzić ich pochodzenia. 2) Ciało dobrze zbudowane i odżywione, stężenie trupie utrzymuje się nieco w dolnych odnogach. 3) Plamy trupie fijoletowe zajmują przeważnie odnogi dolne, począwszy od dolnych części pośladków; wynaczynionek nigdzie nie widać, również wytworzone są dokładnie plamy pośmiertne na obu przedramionach, zwłaszcza nad stawami nadgarstkowemi widać smugi poprzeczne, tam gdzie ręce były skrępowane, nacięcie jednak tych smug nie wykazuje żadnego podbiegnięcia. 4) Powieki na pół otwarte, na spojówkach gałkowych nie ma nigdzie wynaczynionek, tylko spojówki powiekowe nieco więcéj nastrzykane. Gałki oczne nie przedstawiają zboczeń, rogówki zaledwie nieco zaćmione, źrenice równo i miernie rozszerzone, tęczówki niebieskie. Po wyjęciu gałek ocznych nie widać w tkance pozagałkowéj żadnych zmian prócz małego zasobu krwi. Na przekroju gałek przedstawia się siatkówka blada, wybroczyn na niéj nigdzie spostrzedz nie można, soczewki w położeniu prawidłowém. Z otworów nosowych wydobywa się nieco śluzu, małżowiny uszne sine, — z przewodów usznych zewnętrznych nie ma żadnego wypływu. Wargi nieco sine, zęby niezupełnie ściśnięte, język poza niemi wcale nie wklinowany. Na brodzie zarost nie dawno ogolony. 5) Na szyi widać brózdę na 1cm. szeroką na 1 do 2mm. głęboką, barwy sino-brunatnéj pergaminowo suchéj, po nacięciu nie okazującą nigdzie żadnego podbiegnięcia; brózda ta przebiega z przodu przez chrząstkę tarczykową i prostopadle do osi ciała,

po bokach szyi wznosi się nieznacznie ku uszom, na karku zaś schodzą się brózdy z jednéj i drugiéj strony pod kątem nieco ostrym, a pomiędzy ramionami tegoż kąta znachodzi się otarcie okrągławe odpowiadające węzłowi pętli. 6) Na klatce piersiowéj i na brzuchu nic nie widać uderzającego, części płciowe sine, wypływu z cewki nie ma żadnego. Cewkę nacięto i wyciśnięto nieco śluzu pomięszanego z krwią, co zachowano do badania mikroskopowego. Badanie nie wykazało składników nasienia. Pośladki nie są kałem powalane.

B. Oględziny wewnętrzne. 8) Powłoki czaszkowe po stronie wewnętrznéj w krew obfite, sklepienie czaszki grube, nie uszkodzone, symetryczne (5 : 6). Na okostnéj nie ma żadnych podbiegnięć. 9) Opona twarda gładka, połyskująca, wynaczynionek ani po stronie wewnętrznéj ani zewnętrznéj nie widać; zatoka podłużna próżna. 10) Po wyjęciu mózgu i oddzieleniu opony twardéj od podstawy nie widać tamże żadnego zboczenia. 11) Jamy bębenkowe otwarto: po obu stronach okazały się one próżne, błona śluzowa obu zaledwie nieco nastrzykana, wybroczyn nie spostrzeżono. 12) Mózgowie zważone po odjęciu opon miękkich waży 1500grm. i nie przedstawia żadnych zboczeń, w szczególności są zwoje dobrze rozwinięte. Na przekroju istota biała nie przedstawia zmian, również nie ma ich w istocie szaréj dobrze rozwiniętéj. Komórki boczne zawierają w rogach tylnych zaledwie po kilka kropel surowicy, wyściółka ich wszędzie blada, gładka i połyskująca. W komórkach III i IV nie ma płynu, również nie ma zmian w móżdżku, w zwojach i naczyniach na podstawie. 13) W mięśniach ani w ogóle w powierzchownych miękkich częściach szyi nie ma nigdzie wybroczyn. Okolica brózdy silnie przylega do przodkowéj części krtani, tak że od téjże bez uszkodzenia skóry zaledwie oddzielić się daje. Tętnice szyjowe wewnętrzne *(carot. intern.)* obydwie w równéj wysokości przerwane: pęknięciu uległy blona wewnętrzna i średnia, w utrzymanéj błonie zewnętrznéj widać po obu stronach wybroczyny, po stronie prawéj wielkości bobu, po lewéj mniejsze. Oprócz tego widać po stronie prawéj małą wybroczynę pod błoną wewnętrzną tuż pod miejscem rozdziału tętnic. W miejscu pęknięcia obie blony są silnie pomarszczone, zwłaszcza w części obwodowéj. Ściany naczyń nie okazują zmian chorobowych. 14) W górnéj części krtani, któréj chrząstki nie są uszkodzone, widać ciecz pienistą, pokrywającą w cienkiéj warstwie błonę śluzową tchawicy. Podniebienie miękkie znajduje się w swojém zwykłém położeniu. Kość gnykowa i oba jéj rogi nie uszkodzone. 15) Płuca oba wolne, opłucna wszędzie blada i gładka, pomiędzy płatami obu płuc nieliczne, drobne, kropkowate wybroczyny, wielkości główki od szpilki. W tylnych częściach przegląda miąższ sinawy, wszędzie jednak powietrze zawiera. Na rozkroju zalewają się płuca mierną ilością cieczy krwawéj, pienistéj. 16) Po podwiązaniu głównych pni naczyniowych otwarto worek osierdziowy i nie znaleziono w nim nigdzie ani śladu wybroczyn i zaledwie kilka kropel płynu surowiczego, całkiem czystego. Po otwarciu komórek sercowych skurczonych okazało się, że żadna z nich nie zawiera krwi w ilości znaczniejszéj, oprócz zaledwie kilku kropel. Śródsierdzie w kilku miejscach okazuje nieliczne wybroczyny rozmiarów siemienia i mniejsze, zresztą jest wszędzie blade i gładkie, tak samo wszystkie zastawki i główne pnie naczyniowe. 17) Żołądek skurczony, pokryty grubą warstwą śluzu białawego, błona śluzowa nie okazuje zmian. 18) Wątroba rozmiarów prawidłowych w krew miernie obfituje, na przekroju nie przedstawia ani w zabarwieniu ani w rysunku zboczeń od stanu prawidłowego. 19) Śledziona mała, miąższ prawidłowy. 20) Nerki przedstawiają obraz przekrwienia biernego, miernego stopnia, torebka schodzi łatwo z powierzchni gładkiéj, rysunek kory wyraźny. Pęcherz moczowy do połowy wypełniony czystym moczem. 21) Jelita zawierają kał napół płynny w małéj ilości, błona śluzowa blada. 23) Po wyjęciu trzew okazują się żebra, kręgosłup i jego więzadla i kości miednicy nie uszkodzone.

Niechcąc rozwodzić się nad zmianami powszechnie znanemi, przestajemy na rozbiorze objawów znalezionych w naszym przypadku.

Plamy trupie rozmieszczone charakterystycznie na odnogach dolnych i na rękach dowodzą jedynie, że zwłoki zajmowały położenie prostopadłe przez pewien przeciąg czasu po śmierci; tego samego dowodzi siność warg, któréj Maschka przypisuje pewne znaczenie, a to na téj podstawie, że spostrzegł ją 98 razy na 153 przypadków u powieszonych. Wargi obfitujące w naczynia są w téj postawie zwłok jedną z najniżéj położonych części zwisającéj głowy, tak jak obrzmiałe i sine części płciowe powieszonych jedną z najniższych części kadłuba; obrzmienie więc i siność ich nie jest wcale cechą śmierci z powieszenia. Wyraz twarzy osób powieszonych rzadko różni się od wejrzenia ludzi z innéj jakiejkolwiek przyczyny zmarłych; na spojówkach nie spostrzegliśmy nigdzie wybroczyn, a sama ta okoliczność jest zdaniem Hofmanna wskazówką, że na innych błonach śluzowych wybroczyn nie znajdziemy. Dla dokładności jednak badaliśmy siatkówki, tłuszcz pozagałkowy i błony śluzowe jam bębenkowych, jednak z wynikiem ujemnym. Zaklinowania końca języka pomiędzy obie szczęki nie było w naszym przypadku; objaw ten napotykany dosyć często u powieszonych tłumaczy się mechaniczném wyparciem nasady języka ku górze a pod względem rozpoznawczym właściwie nie ma większego znaczenia. Jak z opisu wynika, przebiegała brózda przez samą krtań a przeto nie mogło nastąpić takie wyparcie nasady języka ku górze, jak w przypadkach, w których brózda przebiega niejako typowo, mianowicie pomiędzy chrząstkami krtaniowemi a kością gnykową. Pomimo tego znaleźliśmy chrząstki krtaniowe nieuszkodzone, co zasługuje na uwagę w obec podania autorów o częstości złamań chrząstek krtaniowych lub rogów kości gnykowéj, którą również znaleźliśmy nieuszkodzoną. Brózda na skórze szyi zupełnie symetrycznie przebiegająca nie przedstawiała nic takiego, coby ją mogło różnić od wywołanéj po śmierci, a w częściach miękkich powierzchownych szyi nie znaleźliśmy ani wybroczyn ani przedarć, napotykanych tak często u traconych. Kału ani wypływu nasienia z cewki nie zauważyliśmy, chociaż na to była zwrócona uwaga. Badanie płuc i serca, (ostatnie wbrew podaniom autorów prawie krwi nie zawierało), przedsiębrane z wszystkiemi ostrożnościami, nie dostarczyło nam również żadnych podstaw do rozpoznania przyczyny śmierci. Wybroczyny Tardieua na opłucnéj i nieliczne wybroczyny znalezione w śródsierdziu nie cechują wcale téj śmierci; również narządy miąższowe nie obfitowały w krew tak, jak się to często po uduszeniu napotyka; jak dotąd więc nie widzimy w wyniku sekcyjnym nic takiego, coby mogło uprawnić do stanowczego rozpoznania śmierci z powieszenia, a okoliczność ta, nie mająca znaczenia w przypadku niniejszym, mogłaby nabrać w przypadku sądowym nie małéj wagi;

przypuśćmy bowiem, że trupa z podobnemi zmianami zewnętrznemi i wewnętrznemi znajdujemy choćby nawet wiszącego, czybyśmy mogli orzec stanowczo, że człowiek ten umarł z powieszenia, a więc najprawdopodobniéj dopuścił się samobójstwa? Dopiero w znacznie głębszéj warstwie części miękkich szyi znaleźliśmy zmianę, która sama jedna wystarcza zupełnie do rozpoznania przyczyny śmierci: jest nią przerwanie błony wewnętrznéj i średniéj w obu tętnicach szyjowych i wybroczyny naokoło tych miejsc; szkoda tylko, że tak rzadko z nią się spotykamy u powieszonych.

Amussat był pierwszym, który spostrzegł tę zmianę u powieszonego w roku 1826. Odtąd uwzględniano ją mniéj lub więcéj w dziełach naukowych, zawsze jednak panowało przekonanie Orfili, że nie tylko napotyka się ją rzadko u osób powieszonych za życia, ale co ważniejsza, że można ją wywołać również i na zwłokach. Dopiero w roku 1878 zwrócił szczególniejszą uwagę Friedberg (*Virchowa Archiw* Tom 74) na wartość rozpoznawczą téj zmiany, połączonéj z wybroczyną w okolicy uszkodzonego naczynia. Zdaniem jego zmiana ta jest dość rzadką i to najczęściéj znajduje się po jednéj stronie i poniżéj rozwidlenia tętnicy. Słusznem jest jego zapatrywanie na siłę, wywołującą tę zmianę. Sądzi on, że ważniejszém jest tutaj naciąganie tętnic przez ciężar ciała aniżeli ucisk wywarty na nie przez powróz; z tego wynika, że miejsce przedarcia niekoniecznie musi być narażonem na ucisk największy; przedarcie może powstać powyżéj lub poniżéj tegoż a odnosząc to do naszego przypadku, w którym powróz działał niżéj niż to bywa zazwyczaj, jasnem nam jest powstanie przedarcia powyżéj miejsca, które według niego i Hofmanna zazwyczaj jest siedzibą przedarcia. Dlaczego autor ucieka się jeszcze do zadrażnienia nerwów naczynioruchowych, które ma odgrywać pewną rolę w przedarciu naczyń, tego nie pojmujemy; gdyby bowiem to wzmożenie się parcia ościennego, jako następstwo zadrażnienia naczyń, rzeczywiście występowało, musielibyśmy spostrzedz jego skutki i w innych narządach a tych dotąd nie można znaleść, gdy z drugiéj strony siła mechaniczna z zewnątrz jest zupełnie dostateczną do sprowadzenia téj zmiany. Ważnem jest w naszym przypadku, że zmianę powyższą znaleźliśmy u człowieka w tym wieku, w którym tkanki jędrne są w pełni rozwoju a zmiany chorobowe w tętnicach są bardzo rzadkie; tak tedy mamy dowód, że mogą one powstać w tętnicach zupełnie zdrowych a spostrzeżenie to zgodne jest z doświadczeniem Hofmanna, który znajdował je u powieszonych ludzi młodych o zdrowych tętnicach. Największe znaczenie mają wybroczyny w okolicy przedarć, są one jedynemi zmianami, które rozstrzygają o przyczynie śmierci denata. Nie rozchodzi się o to, czy krwotok powstający w ostatnich chwilach życia pochodził z saméj tętnicy lub naczyń jéj ścian, w każdym razie powstał za życia i stanowi dowód, że wszystkie inne zmiany znalezione na szyi zwłok a nie różniące się od zmian po śmierci sprowadzonych stoją w bezpośrednim związku z przyczyną śmierci. Wybroczyny te znachodzą się nawet w tych przypadkach, w których przedartą została sama błona wewnętrzna; nierównie rozleglejszemi bywają po przedarciu błony średniéj a w naszym przypadku dochodziły, zwłaszcza po stronie prawéj, wielkości bobu. Mała wybroczyna pod błoną wewnętrzną prawéj tętnicy szyjowéj powstała zapewne przed przerwaniem téjże i oznacza miejsce, gdzie uraz ograniczył się do wywołania téj małéj zmiany, zanim sprowadził znaczniejszą znajdującą się powyżéj.

Zmiany te, tak charakterystyczne pod względem rozpoznawczym a tak rozstrzygające w przypadkach wątpliwych, posłużyć mogą zarazem do tłumaczenia przyczyny śmierci w przypadkach, w których, jak w naszym, nie ma wybitnych zmian zazwyczaj uduszeniu towarzyszących. W takich razach dawniéj uciekano się do przypuszczenia tak zwanéj neuroparalizy, podczas gdy przypuścić wypada, że takie zmiany nagłe w tętnicach szyjowych znoszą od razu przypływ krwi do ośrodków nerwowych przez główne pnie naczyniowe, że odpływ krwi żylnéj zostaje także odrazu wstrzymany, że skutkiem znacznie upośledzonego krążenia (tętnice karkowe bowiem nie wystarczają do przywrócenia nagle zachwianéj równowagi), następuje porażenie ośrodka oddechowego i tym sposobem ostatecznie przecież następuje śmierć z uduszenia, jakkolwiek bez wykazać się dających znamion głodu powietrznego.

II. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od r. 1879 do 1882.

Podał Dr. Emanuel Rosenblatt.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 18).

Przedewszystkiém zadać sobie musimy pytanie, z jaką chorobą oka mieliśmy w przypadku tym do czynienia i jaka była jéj przyczyna. Że obraz ten chorobowy odpowiadał t. zw. *keratitis neuroparalytica*, zdaje się nie ulegać wątpliwości; inaczéj ma się rzecz co do przyczyny, rozchodzi się bowiem o to, czy zmiany te następowe na oku wystąpiły skutkiem jakiegoś cierpienia oczodołu, podstawy czaszki, lub też ośrodków mózgowych, czy chory zatém w chwili przyjęcia do szpitala okazywał jakie cierpienie narządu nerwowego lub nie. W obec zupełnego braku zboczeń w dziedzinie ruchowéj i czuciowéj, przytomności odpowiedniéj inteligencyi, o cierpieniu mózgowém myśleć nie trzeba było; w obec okoliczności, iż oko prawe zupełnie było prawidłowe a nawet i ruchy oka lewego choć znacznie upośledzone jeszcze były możliwe, nie przypuszczaliśmy cierpienia podstawy czaszki, a mianowicie okolicy siodła tureckiego; natomiast na podstawie zboczenia zołzowego, powolnego powstawania choroby, przebiegu niebolesnego i niepołączonego z podwyższeniem ciepłoty ciała, braku bólu nawet przy uderzaniu okolicy skroniowéj palcem, braku podmiotowego uczucia tętnienia, braku zapalnego obrzęku powiek i chemozy, rozpoznaliśmy ropień oczodołowy zimny i tém tłumaczyliśmy exophtalmus z następowemi zmianami rogówki narażonéj bardziéj jeszcze z powodu wywinięcia powieki górnéj, już poprzednio wytworzonego, na szkodliwe wpływy atmosfery i niezwilżanéj należycie. Myśl o nowotworze wychodzącym z oczodołu dla rzadkości w wieku tak młodym porzuconą została. Co się teraz tyczy drgawek z następowém porażeniem, a raczéj niedowładem połowiczym, to zastanowić się musimy nad tém, czy odpowiadały one jakiemu cierpieniu ośrodków lub nie, czy były zatém symptomatycznemi lub też czynnościowemi, a w pierwszym razie, czy odnieść je należy i wprowadzić w związek przyczynowy z istniejącą chorobą oczodołu, zatém z ropieniem, lub uważać za samoistne, od ropienia niezawisłe, a w ostatnim razie, czy obraz ten chorobowy zaliczyć należy do padaczki lub też do drgawek.

W celu ułatwienia rozpoznania zbierzmy teraz przypady wszystkie dodatnie, jakie spostrzegaliśmy; rzecz więc przedstawi się jak następuje: chłopiec skrofuliczny z przypuszczalném ropieniem oczodołu lewego w części pozagałkowéj dostaje nagle przy obmywaniu oka tego drgawek, trwających tylko 2 minuty, poczém już po upływie dalszych 5 minut wraca do zupełnéj przytomności. Drgawki w ciągu dnia tegoż powtarzają się kilkakrotnie i pozostawiają nazajutrz upośledzenie mowy (anarthria) trwające jednak tylko kilkanaście godzin i niedowład prawéj połowy ciała, z przykurczeniem odnogi górnéj oraz upośledzenie czucia połowicze po tejże saméj stronie, któreto przypady znów już po dniach 5ciu bez śladu ustąpiły. Przypuściwszy na chwilę, że przypady te stoją w związku z ropieniem oczodołu, tłumaczylibyśmy je sobie tylko w ten sposób, że albo przy niezręczném może obmywaniu gałki ocznéj przez posługę zanadto wielki wywarto ucisk, który przyczynił się do otwarcia się ropnia ku tyłowi i dostania się ropy do jamy czaszkowéj, albo też, że niezależnie od tego przesunęło się tylko zapalenie wzdłuż pochewek nerwowych na opony mózgowe a pierwsze przypady wystąpiły właśnie dopiero 31 października. Co się tyczy pierwszego, to przypomnijmy sobie, iż ropień okostny przewłoczny, t. zw. ropień zimny, wytwarza sobie zazwyczaj torbę o ścianach dość mocnych, nie tak łatwo pękających, że przy ucisku na gałkę oczną pękłaby przedewszystkiém rozmiękła i tak rogówka, że zresztą przez nieprawdopodobne zupełnie otwarcie się ropnia ustałaby przyczyna wytrzeszczaka, który jednak pozostał na tymże samym stopniu aż do opuszczenia zakładu przez chorego, że wreszcie dostanie się ropy do czaszki o wiele groźniejsze wywołałoby przypady aniżeli te, któreśmy zauważyli. Co się tyczy drugiego, to uwzględnić wypada, że nie mieliśmy w przypadku rzeczonym do czynienia z zapaleniem tkanki pozagałkowéj, gdyż nie było ani obrzęku zapalnego powiek, ani mocnego nastrzykania spojówek, ani bólów choćby cokolwiek dotkliwszych, ani gorączki, ani śpiączki, ani powiększania się wytrzeszczaka w ciągu 19-dniowéj już obserwacyi, że wreszcie chory okiem lewém rozróżniał jeszcze przedmioty przy odpowiedniém trzymaniu. W obydwu zaś razach musiałoby przyjść przecie do ropnego zapalenia czy opon mózgowych, czy też saméj istoty mózgu, zatém do postaci bardzo złośliwéj, cechującéj się przedewszystkiém znaczną gorączką, wymiotami, nieregularnością tętna i oddechu i drgawkami nie tak krótko trwającemi, bezprzytomnością zupełną po drgawkach, daléj specyjalnie w naszym przypadku objawami podstawowemi, czego wszystkiego nie było, wreszcie ropne zapalenie opon mózgowych lub mózgu o postaci ostréj kończy się prawie zawsze śmiercią a w najlepszym razie nie ustępują wszystkie przypady już po 5-ciu dniach. Dla tego też, mimo że okoliczność ta, iż cierpienie pierwotne, t. j. ropienie oczodołu, znajdowało się po stronie lewéj, że po drgawkach wystąpiło porażenie połowicze po stronie prawéj, że wystąpiło upośledzenie znaczne mowy, zdawałaby się w pierwszéj chwili przemawiać za jakimś związkiem między obydwoma cierpieniami, przypadów, jakie w przypadku w mowie będącym spostrzegaliśmy, nie możemy odnieść do cierpienia ośrodków mózgowych jako następstwa cierpienia oczodołu. Tém mniéj zaś powodów mamy do przypuszczenia cierpienia ośrodków od zmian w oczodole niezawisłego, gdyż w obec nagłego wystąpienia drgawek bez poprzedzających objawów, zdradzających zajęcie ośrodków, pomyśleć tylko wypadałoby o zatorze tętnic lub też o wynaczynieniu. W danym razie ze względu na szybkie bardzo ustąpienie przypadów, możnaby raczéj przypuścić zator i to z uwagi na utratę przytomności chwilową, niezupełne porażenie i równostronne upośledzenie czucia obok zupełnego prawie zniesienia mowy, zator tętnic korowych, a mianowicie *arteriae frontalis ext. inf* i *arteriae parietalis ant.*, chyba żebyśmy upośledzenie, a raczéj zniesienie mowy, chcieli uczynić tylko zawisłém od zajęcia nerwu podjęzykowego, coby obraz jeszcze bardziéj gmatwalo, rozumie się po stronie lewéj, co już w obec braku zboczenia w narządzie krążenia nie zdaje się prawdopodobném, a to tém pewniéj, że nie mieliśmy innych objawów ogólnych zatoru. Wynaczynienie wreszcie musiałoby być znaczném, żeby wywołało zaburzenia i w dziedzinie ruchowéj i czuciowéj a w takim razie nie ustąpiłyby przypady zupełnie już po dniach kilku. Ciekawém było jednak w każdym razie zwrócenie osi obydwu oczu podczas napadu drgawek ku stronie lewéj, coby za sprawą ogniskową po tejże stronie przemawiało. Jeżeli przypady uważane u naszego chorego nie zależały od grubszego cierpienia ośrodków, to rozważmy, czy nie należy ich poczytać za objawy padaczki, za czém przemawiaćby się zdawała krótkość trwania napadu drgawkowego, połączonego z utratą przytomności, ślinieniem, rozszerzeniem źrenic, następową drażliwością, bolem głowy i wystąpieniem białka w moczu, oraz przemijającą głupotą. Brak atoli aury czy to ruchowéj, czy czuciowéj, czy też zmysłowéj, brak cechującego wykrzyknięcia, zblednienia, kurczów tonicznych z następowém zesinieniem, oddechu charczącego, szczękościsku, mimowolnego oddawania moczu lub kału, nakoniec brak ospałości po napadzie, pozwalają w obec wywiadów niewykazujących w rodzinie chorego zboczenia neuropatycznego, żadnych poprzedzających napadów drgawkowych, u chorego samego wykluczyć padaczkę bez wahania. Ponieważ na podstawie całego zachowania się chorego także i o macinnictwie myśleć nie potrzeba, to pozostaje tylko do ocenienia, z jaką postacią drgawek mieliśmy do czynienia, czy z krwiotwórczą, odruchową, lub téż idyjopatyczną. Postać krwiotwórczą zupełnie wykluczyć możemy w obec tego, iż cieplota nie była podniesioną, że ślad białka wystąpił w moczu oddanym w ilości prawidłowéj dopiero dnia 2/XI, podczas gdy napad drgawek miał miejsce 31/XI, a ustąpił już po dniach kilku, że obrzęk surowiczy skóry nie wystąpił około kostek ani ogółem na odnogach dolnych, lecz tylko ograniczył się do twarzy, szyi, i górnéj części klatki piersiowéj, i powstał prawdopodobnie z przyczyny miejscowéj, że ani zboczeń tętna, ani oddechu nie spostrzegaliśmy, że zatém o zapaleniu nerek z następową lekko przebiegającą mocznicą mowy nie ma, pozostaje zatém tylko postać odruchowa i samoistna. Postaci odruchowéj stanowczo wykluczyć nie można, gdyż chory okazywał cierpienia, które wystąpienie drgawek mogłyby tłumaczyć a mianowicie zajęcie oka, zwłaszcza rogówki i otok uszny, a wiadomą jest rzeczą, iż w zapaleniach uszu częstokroć drgawki uważano; zarzucić jednak można nieprawdopodobieństwo dla tego, iż nie było powodu, dla czegoby drgawki właśnie w téj dopiero chwili wystąpiły, skoro obydwa cierpienia już czas niejaki trwały, a w chwili wystąpienia drgawek żadnego pogorszenia nie było, daléj czemu drgawki bezpowrotnie ustąpiły, skoro przyczyna ta sama daléj jeszcze działała, cierpienia bowiem tak oka jak i ucha usuniętemi nie zostały, wreszcie rzadkość wystąpienia drgawek odruchowych w wieku starszym, a tém więcéj z pozostawieniem po sobie zboczeń w dziedzinie ruchowéj,

czuciowéj i umysłowéj. Ponieważ zatém ani cierpieniem ośrodków nerwowych, ani padaczką, ani drgawkami czy to krwiotwórczemi czy też to odruchowemi obrazu chorobowego wytłumaczyć nie mogliśmy, sądziłem, że uczynię najlepiéj, jeżeli przypadek ten zaliczę do przypadków drgawek samoistnych, t. j. takich, dla których przyczyna jakaś w ośrodkach tkwić musi, dla zmysłów naszych jednak jeszcze nie jest dostępną. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

T. Jürgensen: **O powietrzu we krwi.**

W małym stosunkowo odstępie czasu zdarzyły się dwa przypadki śmierci skutkiem dostania się powietrza do układu naczyniowego chorych, cierpiących wrzody okrągłe żołądka, leczonych w klinice autora. W pierwszym z nich śmierć poprzedził znaczny krwotok, w drugim przebicie do jamy otrzewnowéj; aby zaś dokładnie zrozumieć szereg objawów spostrzeganych za życia i szczegóły obrazu anatomicznego, przesięwziął J. szereg doświadczeń na zwierzętach, i doszedł do rezultatów niezgadzających się ze spostrzeżeniami autorów dawniejszych. Z obszernego i dokładnego protokołu sekcyi wykonanéj przez prof. Schüppla wynika, że tak żyły szyjne, szczególnie prawa, jakoteż tkanka łączna pomiędzy wątrobą a żołądkiem, żyły w ścianach żołądka, obie komórki sercowe, główne pnie naczyniowe i miąższ śledziony nie zawierają krwi, lecz są mocno powietrzem wypełnione. Zupełny brak najmniejszych śladów zgnilizny na zwłokach jakoteż okoliczność, że je przechowano w miejscu chłodném a sekcyję wykonano w 22 godzin po śmierci, przemawiają stanowczo przeciw powstaniu gazów gnilnych w miejscach wymienionych, a świadczą niewątpliwie, że gazy te są powietrzem, które się tam za życia dostało, a mianowicie albo w skutek jakichś zmian we krwi albo z zewnątrz, a właśnie to ostatnie przypuszczenie jest pewném, gdy spostrzeżono na dnie wrzodu żołądkowego żyłę śledzionową i dwie mniejsze żyły szeroko rozwarte i tętnicę śledzionową otwartą. Gdy wśród tych okoliczności brak siły popędowéj, którąby zdołała wpędzić powietrze do tętnicy, pozostaje przypuszczenie, że ono dostało się do układu naczyniowego przez żyłę śledzionową, z téj do układu żyły wrotnéj a przebywszy jéj rozgałęzienia włosowate do żyły głównéj dolnéj, do serca prawego a ostatecznie siłą prawéj komórki przebyło układ włosowaty płuc i doszło do wielkiego koła krążenia, słowem odbyło całkowite krążenie. Zastanawiając się nad siłą, która zdolną była przecisnąć powietrze przez układ włosowaty wątroby, przychodzi do przekonania, ze dokonala tego siła ssąca płuc podczas wdechu i rozkurczu serca prawego. Skutkiem znacznéj utraty krwi nastało obniżenie parcia ościennego w układzie naczyniowym, niedokrewność mózgu sprawiała, że wdechy stawały się głębszemi, tak więc obok zmniejszenia oporów zwiększyła się siła aspiracyjna, może nawet uciskanie żołądka wśród ruchów oddechowych wciskało powietrze do szeroko rozwartéj żyły śledzionowéj. W obec tego wszystkiego jest prawdopodobném, że powietrze dostawało się zwolna i częściowo do układu naczyniowego. Przeciskając się przez układ włosowaty zostało podzielone w drobniutkie bańki a w téj postaci było tém sposobniejsze do przejścia w układ dużego koła krążenia, gdy przeciwnie dostawszy się od razu w ilości większéj do prawéj komórki znosi jéj czynność zupełnie. Dostawszy się do prawéj komórki wydyma ono ją do pewnego stopnia, aż zastawka trójdzielna popadnie w niedomykalność względną. Tym téż sposobem otwiera się nowa droga dla powietrza podczas skurczu serca: powietrze wchodzi do przedsionka a ztamtąd do żyły głównéj górnéj, zkąd znowu najłatwiéj dostać mu się do żyły szyjnéj wewnętrznéj prawéj, co rzeczywiście przy sekcyi przypadku opisanego znaleziono a co świadczy niewątpliwie, że żyła szyjna została wypełnioną od strony serca. Bezpośrednią przyczyną śmierci była niedokrewność mózgu, gdyż pozostała w układzie naczyniowym pomimo krwotoków mała ilość krwi nie mogła dostać się do serca z powodu wstecznego prądu powietrza w żyłach.

Lekarze francuzcy zajmowali się już od czasu Bichata roztrząsaniem pytania, jakim sposobem sprowadza śmierć powietrze, które się dostało do układu naczyniowego. Bichat sądził, że przyczyną śmierci są zmiany w krążeniu w mózgu, Nysten, że zmiany w sercu, jeżeli powietrze nagle się dostało, a w płucach jeżeli dostawało się powoli, a szeregi doświadczeń, podejmowanych do ostatnich czasów, miały na celu prawie wyłącznie wykazanie przyczyny śmierci. Autora zajmowało przedewszystkiém pytanie, czy powietrze, które dostaje się do naczyń, drobno podzielone porusza się wraz z krwią i czy niewchłonięte bierze udział w krążeniu. Bichat znajdował wśród swoich doświadczeń tak prawą jakoteż lewą połowę serca wypełnione krwią mocno pienistą, jaka się również znajdowała w tętnicach dogłowowych i mózgowych, osądził przeto, że powietrze przebywa układ naczyń włosowatych, Nysten jednak zarzuca mu wprost niedokładność wśród doświadczeń i twierdzi, że z układu żylnego na obwodzie nie dostaje się nigdy ani jedna bańka powietrzna do układu tętniczego, a zdaje mu się, że jest zupełnie uprawnionym do takiego twierdzenia na podstawie swoich licznych doświadczeń. Na większy rozmiar przedsięwzięte doświadczenia przez Murona i Laborda nie przekonały ich wcale o krążeniu powietrza z krwią zmięszanego.

J. mając zamiar rozstrzygnąć powyżéj przytoczone pytanie, wychodził z zapatrywania, że jeżeli powietrze wprowadzone do obwodowéj części tętnicy udowéj prawéj ukaże się w lewéj żyle udowéj, przebyło z pewnością dwa układy naczyń włosowatych, a szereg doświadczeń wykonanych przy pomocy umyślnie na ten cel skonstruowanego przyrządu wykazał, że zapatrywanie to jest usprawiedliwione i że powietrze ukazuje się w lewéj żyle udowéj nawet po podwiązaniu lewéj tętnicy udowéj, że przeto nawet kolateralne połączenia są zdolne przeprowadzić powietrze wraz z krwią. Skoro się raz pojawiły bańki powietrzne w żyle, przechodzą one przez pewien przeciąg czasu, ale prawdopodobném jest, że wydzielenie powietrza następuje względnie dość szybko. Oddechanie wskazuje zawsze chwilę, w któréj zbliża się niebezpieczeństwo dla życia zwierzęcia, zawsze bowiem nastaje przedtém znaczne zwolnienie oddechów. Z końcem doświadczeń zabijano zwierzęta przez wprowadzenie większéj ilości powietrza od razu, a przy sekcyi spostrzegał J. obraz opisywany przez autorów dawniejszych, zawsze jednak znajdował powietrze i w tętnicach, gdy je przedtém za życia zwolna do naczyń wprowadzano. Już na pierwszy rzut oka uderzał stan prawéj połowy serca, która była balonowato wydęta i przy wypuku dawała odgłos jawny bębenkowy, zawierała małą ilość krwi mocno spienionéj, w głównych pniach żylnych napotykano większą ilość krwi z powietrzem w grubszych bańkach, zajmujących miejsce najwyżéj położone. W komórce lewéj nie zawsze znajdowano powietrze, zdaje się więc, że ta połowa serca zdolną była oprzeć się sile wydymającéj

i wpędzała powietrze do aorty. Aż do najmniejszych szczegółów zgadzały się te rezultaty z obrazem sekcyjnym przypadku z kliniki autora a mimo, że w protokole nie wyrażono, że mniejsze tętnice zawierały powietrze, przypomina on sobie dokładnie, iż na tę okoliczność zwrócił uwagę przy sekcyi.

Wśród doświadczeń zachodziło ostatecznie pytanie co do przyczyny śmierci po nagromadzeniu się powietrza we krwi. W tym względzie podziela J. zapatrywania, które objawił Conty, a ponieważ rezultaty jego doświadczeń nie są znane w szerszych kołach, streszcza je na końcu swojéj rozprawy. Na doniosłość zmian wywołanych w krążeniu po dostaniu się powietrza do naczyń ma wpływ przeważnie ilość tegoż napływająca w pewnéj jednostce czasu. Według tego odróżnia Conty: 1) Wejście powietrza bez ogólnych przypadów. Gdy do naczyń dostaje się tylko kilka cm. sz. powietrza od razu lub większa ilość ale w znaczniejszych odstępach czasu i to za pośrednictwem żył, nie występują wcale przypady ogólne. Pomimo, że akcyja serca staje się silniejszą, opada nieco parcie ościenne w tętnicach a oddechanie nie ulega żadnéj zmianie. Już w tym przypadku można posłyszeć nad sercem właściwy szmer skurczowy, podobny do szmeru wywołanego podczas bicia białka kurzego jaja z wodą, a powstający w skutek równoczesnéj obecności krwi i powietrza w prawéj komórce sercowéj. Jeżeli się jeszcze mniejsze ilości powietrza wprowadza, może nawet i wymienionych objawów nie dostawać.

2. Wejście powietrza z wywołaniem objawów niedokrewności mózgu. W tym razie potrzeba nierównie większe ilości powietrza naraz wprowadzić. Najprzód opada parcie ościenne w tętnicach, tętno staje się częstszém i równocześnie pojawia się dłużéj lub krócéj trwające przyspieszenie oddechów. U ludzi, u których dostało się powietrze przypadkiem podczas operacyi, blednie twarz nagle i nastaje omdlenie. Zmiana w krążeniu wyrównywa się zwolna, o czém świadczy pełność tętna, szmer jednak charakterystyczny słychać jeszcze przez pewien przeciąg czasu w okolicy serca.

3. Jeszcze większe ilości powietrza wywołują niedokrewność rdzenia przedłużonego, — do objawów wyliczonych przybywają jeszcze drgawki w zakresie wszystkich mięśni prążkowanych, pojawia się tętnienie żył a tętno sprychowe jakkolwiek ustaje, może jeszcze powrócić.

4. Wejście powietrza z wywołaniem w ośrodkach nerwowych zaburzeń w krążeniu, kończących się śmiercią. Podstawę tych wszystkich objawów stanowi niedokrewność w układzie tętniczym: wśród opadnięcia parcia ościennego gaśnie czynność mózgu, ustaje oddychanie, wreszcie ustaje bić serce, chociaż ruchy jego bywają czasem widoczne, mimo że od kilku minut ustały już ruchy oddechowe. Zjawiska powstające dają się wytłumaczyć, skoro się uwzględni, że powietrze jest gazem sprężystym, krew zaś cieczą nieściśliwą. Ciecze przenoszą zmiany w ciśnieniu, gazy je niszczą, rozprężając się mniéj lub więcéj. W prawéj komórce serca zajmuje powietrze miejsce krwi, siła przeto skurczu serca bywa zużytą częściowo na ściskanie rozpręźliwego gazu a więc ginie dla posuwania krwi na właściwéj drodze. Następstwem tego jest, że wielki obieg nie otrzymuje odpowiedniéj ilości krwi, ztąd téż parcie ościenne w tętnicach zmniejsza się znacznie. Ale równocześnie gromadzi się coraz więcéj powietrza w prawéj komórce i sprowadza względną niedomykalność zastawki trójkończystéj, wtedy wpędza siła popędowa prawéj komórki powietrze do żył obwodowych i pojawia się tętno żylne. Niniejsze tłumaczenie nie jest wcale nowém, nie uszło ono już uwadze Magendiego i Bouillauda, Conty jednak ma zasługę, że pierwszy mierzył parcie ościenne w tętnicach i wykazał stałe jego opadanie. (*Deutsches Archiv für klinische Medicin*, B. 31). *Dr. Schaitter.*

Paget's Disease, Zmiany chorobowe brodawki sutkowéj jako zwiastuny raka gruczołu piersiowego.

W St. Bartholom. Hospit. Reports z roku 1874 opisał Paget 15 przypadków chorobowych, w których pewien rodzaj wyprysku wilgotnego na brodawce sutkowéj był zwiastunem pojawiającego się późniéj raka sutkowego. Wszystkie chore były w wieku od 40—60 lat; wyprysk czasem podobniejszym był do łuszczycy, choroba ograniczała się zawsze li do saméj brodawki i opierała się uporczywie wszelkiemu leczeniu. Rak, po większéj części w formie skira, pojawiał się w rok lub dwa lata późniéj i był usadowionym w gruczole. Billroth tylko jeden taki przypadek obserwował (Billroth: *Brustdrüsen* p. 136). Inni jednak liczni angielscy i amerykańscy ginekolodzy stwierdzili obserwacyję Pageta i nazwali tę chorobę brodawki, chorobą Pageta, „Paget's Disease". W nowszych czasach obserwacyje, ale i rozmaite tłumaczenia mnożą się. I tak C. B. Porter w Ameryce opisuje w *Boston med. and surg. Journ.* 1882 Mai 4 i w *New. York med. Record.* 1882 Juli 1 następujący przypadek: Kobieta 50 lat mająca cierpiała przez 2 lata na wyprysk prawéj brodawki sutkowéj, poczém pojawił się rak sutka, który amputowano. Po roku dalszym nie było jeszcze recydywy. Badanie mikroskopowe stwierdziło rak przybłonkowy z bujaniem przybłonka w przewodach mlecznych. Butlin opisuje podobne dwa przypadki. R. Munro opisuje w *Glasgow méd. Journ.* 1882 Sept. również dwa przypadki, z których jeden recydywujący zakończył się śmiercią i twierdzi, że taki wrzekomy wyprysk nie jest niczém inném, jak tylko rakiem ujść przewodów mlecznych i że pozornie następowy rak w gruczole jest tylko dalszym ciągiem pierwotnéj choroby. A. Napier w *Glasgow med. Journ.* 1882 Sept. opisuje przypadek uporczywego wyprysku brodawki, który po $2\frac{1}{2}$ roku leczenia wreszcie się zagoił. O dalszym przebiegu N. nic nie wie. Przeglądając jednak literaturę o chorobie Pageta, i znajdując różne podania co do trwania pierwotnéj choroby i wystąpienia raka w gruczole i tak od 2 tygodni do 6 lat, daléj różnice w formie, jak wyprysk, łuszczyca, owrzodzenie, przychodzi Napier do wniosku, że tu pomięszano zwykłe choroby skórne z nowotworami od razu złośliwemi. Sądzi, że ciągłe długotrwałe drażnienie i wobec wyprysku sutka, jak i wszędzie do raka prowadzić może; inne z owrzodzeniami połączone zmiany uważa za rak pierwotny i nadaje im nazwę: *Dermatitis papillaris maligna.* Niemniéj jednak ciągłą skrupulatną obserwacyję w tych przypadkach, ostrożność w rokowaniu i szybkie wyłuszczenie gruczołu przy najmniejszych podejrzanych oznakach gorąco poleca.

M'Call Anderson rozróżnia bezwzględnie wyprysk skórne brodawki zwykłe od złośliwych, zaznaczając ich stosunek do siebie w podobny sposób, jak *Psoriasis linguae* do występującego na języku rakowca. Dla rozpoznania podaje podstawy następujące: Choroba Pageta zwykłą jest najczęściéj u kobiet klimakterycznych, zwykły wyprysk częstszym u kobiet młodszych, karmiących lub świerzbem dotkniętych; powierzchnia brodawki u pierwszych jest czerwoną, nierówną, ziarniną pokrytą lub zastrupistą; nasięk znaczny, którego brak przy zwykłym wyprysku. Brzeg wyprysku złośliwego jest wyniosły, ostro odgraniczony.

Dla rokowania ważną jest opisana tu i przez tylu auto-

rów stwierdzona choroba i życzyć należy, aby jak najliczniejsze dalsze obserwacyje podawano do ogólnéj wiadomości.

Dr. Kohn.

Wiadomości pomniejsze.

(γ) **Wpływ światła elektrycznego na wzrok.** W jedném z Towarzystw lekarskich wiedeńskich zastanawiano się, czy zaprowadzeniu światła elektrycznego w szkołach, mieszkaniach i budynkach publicznych można co zarzucić ze stanowiska sanitarnego. Podczas rozpraw prof. Manthner podał ciekawy rzut oka na stan sprawy, z którego wynikałoby, że mało jeszcze posiadamy doświadczeń pod tym względem. Dzienniki wyraziły nadzieję, że kwestyja poruszona w Wiedniu będzie także i w innych stolicach Europy podjętą w ten sposób, iż stanie się przedmiotem rozpraw w Towarzystwach lekarskich. Wnioski, do jakich rozprawy doprowadziły, zdają się dowodzić, że teoretycznie nie ma powodu do podnoszenia zarzutów ze strony lekarzy przeciw światłu elektrycznemu, chyba w tak migotającéj postaci, iż przez to osoby znajdujące się w pobliżu lamp mogłyby doznawać niemiłego uczucia. *(The Lancet* I, 1883 Nr. 14,).

Ω *Allg. med. Central Ztg.* podaje następujące **nowe środki przeciw bólowi zębów:** 1) Jeżeli otwór w zębie jest znaczny, włożyć w niego kryształ bromku potasowego. Skutkiem tego powstaje chwilowy ból kłujący, poczém zwykle w parę minut ból zęba ustaje. Jeżeli otwór w zębie zepsutym jest mały, należy użyć tamponu z waty zmaczanéj w mięszaninie *Rp. Kali bromati* 1,00, *Aq. destillatae* 2,50, *Trae Caryophill.* 1,50. 2) Dobrym środkiem ma być także: *Rp. Trae Opii crocatae, Trae Arnicae, Liq. Ammonii anisati āā* 2,00, *Chloroformii* 0,50. Użyć jak poprzedniego środka. 3) Natychmiast uspakaja ból: *Rp. Acid. carb. pur. cryst. Collodii āā* 3,00 *misce*. Z masy gelatynowéj wkłada się kawałeczek w ząb spruchniały.

Ω **Chloral w połączeniu z senesem** poleca Bonetti jako znakomity środek **przeczyszczający**, który nawet w tych przypadkach działał, gdzie już *Jalappa* i *Ol. Crotonis* zawodziły. Lekarstwo to poleca się: *Rp. Infus. Sennae e* 6,00, *ad* 300,00 *Hydratis chlorali* 1,50—2,00 *Syrupi* 30,00. Lub téż: *Rp. Infus. Sennae e* 12 *ad* 300·00 *Hydrat. Chlorali* 1,50—3,00.

Ω **Czopki przeciw hemoroidom.** *Rp. Jodoformii 4·00, Balsam. peruv. 8·00, Butyr. Cacao. Cerae albae āā 6·00, Magnesiae ustae 4·00. Misce exactissime et divide in suppositoria XII.* Po każdym stolcu należy założyć jeden taki czopek. *(The London med. Record).*

Padaczkę leczy Dr. Ralffe w Londynie ze skutkiem pomyślnym zapomocą przetworu podobnie działającego jak amylnitrit *(Aether amylo-nitrosus* niewł. zwany), t. j. za pomocą *Sodiumnitritu.* Na 17 przypadków 9 zostało całkowicie wyleczonych. Przetwór powyższy skutkuje szczególniéj w tych przypadkach, gdzie użycie bromku potasu pozostało bez wpływu na chorobę. Przedewszystkiém baczyć należy na czystość przetworu. Rozpoczyna się zazwyczaj od dawek małych, stopniując je najwyżéj do 0·6 na dzień. Znaczniejsze ilości łatwo sprowadzają sinicę. (*The Lancet,* Dec. 1882). *Dr. Pisek.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sprawozdanie z drugiego posiedzenia członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk. poznańskiego w d. 15 lutego 1883.

Obecni koledzy Drowie: Matecki, Jerzykowski, Sęcki, Koszutski, Kapuściński, Osowicki, Zielewicz i sekretarz.

Przewodniczy posiedzeniu kol. Matecki.

Kol. Jerzykowski przedstawia chorego 65-letniego mężczyznę, który nigdy nie będąc chorym na części płciowe, od roku spostrzegł znaczne zmiany w ich okolicy. U chorego widać dość wielkie stwardnienie ponad spojeniem kości łonowych, nadto nabrzmienia i stwardnienia tam, gdzie się kończą ciała jamiste prącia. W styczności zaś z ostatniemi ku tyłowi i na dół, namacać łatwo większą nabrzmiałość nieco chełbocącą, największa zaś twarda nabrzmiałość znajduje się na prawém udzie w okolicy odpowiadającéj mięśniowi długiemu przywodzącemu. Rozpoznanie tych guzowatych stwardnień mogących uchodzić za nowotwory lub téż zimne ropnie odroczono aż do późniejszego zbadania, a mianowicie miejsca chełbocącego za pomocą nakłócia.

Nastąpił wykład kol. Mateckiego; „O dochodzeniu ilości odsetkowéj cukru w moczu w cukrzycy". Kol. prezes podnosząc dotychczasowe żmudne, a przytém nieraz i niedostateczne oznaczenie ilości cukru w rozmaitych płynach przedstawia rozbiór ilościowy cukru sposobem Dra Duhommego, który używa ku temu wymierzonych rurek szklanych *(comptegouttes titré)* aptekarza Limousina w Paryżu. Na jednéj z nich *A.* przeznaczonéj do płynu Fehlinga oznacza kreska dyjamentem wyryta wysokość, do któréj sięgają 2cm. sześcienne tego płynu Na drugiéj *B.* także kreska podaje miarę 1cm. sześciennego wody przekroplonéj. Za pomocą pierwszéj rurki czerpiemy 2cm. sześcienne płynu Fehlinga, który wylewamy następnie w probierkę i mięszamy z równą ilością rozpuszczonego w wodzie wodnika sodowego. Nabrawszy rurką *B* aż do kreski moczu, przekonywamy się następnie, ile ta ilość kropel zawiera, poczém nabrawszy powtórnie jakiejkolwiek ilości moczu wpuszczamy ją do probierki przygotowanéj z płynem Fehlinga po jednéj kropli, dopóki nie nastąpi wyraźna zmiana barwy płynu Fehlinga. Ilość kropel moczu do tego potrzebna podzielona przez ilość kropel zawartych w 1cm. sześciennym moczu badanego, odpowiada ułamkowi cm. sześcien, zawierającemu 0,01 cukru. Przypuszczając, że 8 kropel moczu dającego 24 kropel w 1cm. sześc. redukuje 2cm. sześc. płynu Fehlinga, to ztąd wypadnie, że $^{8}/_{24}$cm. sześc. moczu zawiera 0,01 cukru; łatwo potém ilość odsetkową oznaczyć. W tym bowiem przypadku 1cm. sześć. zawierać będzie 0,03 cukru czyli 3%. — Dr. Duhomme zestawił zresztą tablicę ułatwiającą prędkie oznaczenie odsetkowéj zawartości cukru podług ilości kropel moczu redukujących płyn Fehlinga i ilości kropel w 1cm. sześc. zawartych.

Po wykładzie tym połączonym z demonstracyją nastąpił wybór zarządu na rok 1883. Zgodzono się na to, ażeby przez aklamacyję dotychczasowy zarząd potwierdzić. Następnie przyjęto na członków Towarzystwa panów Dr. Żuchowskiego z Grodziska, Dra Kosowskiego z Pobiedzisk i aptekarza pana B. Jagielskiego z Poznania.

Dr. B. Wicherkiewicz,
Sekretarz.

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

○ Przed niedawnym czasem otrzymaliśmy: Jahresbericht über die Thätigkeit im Institute für animale Vaccination pro 1882 von Moritz Hay Impfarzt in Wien. Ze sprawozdania tego wynika, że zakład p. Haya (który poprzednio miał zakład krowiankowy w Jarosławiu a przed paru laty przeniósł się do Wiednia i tam zakład krowiankowy pod nadzorem Rządu utrzymuje), co raz więcéj zyskuje wziętości a mianowicie, że coraz znaczniejsza liczba lekarzy urzędowych czerpie potrzebny zapas krowianki z wymienionego Zakładu a to z powodu, że tam produkowana krowianka okazuje nader korzystny stosunek przyjmowania się tak przy pierwotném szczepieniu jak i powtórném *(revaccinatio)*. Sprawozdanie fizykatu m. Wiednia przypisuje téż korzystne wyniki, jakie osiągnięto przy publiczném szczepieniu w Wiedniu, téj okoliczności, iż p. Hay dostarczył lekarzom dobréj krowianki i w znacznéj ilości.

Ω Ciekawe spostrzeżenia nad wpływem szczepienia ospy na przebieg i zaraźliwość ospy prawdziwéj ogłosił H. Eulenberg na podstawie źródeł urzędowych *(Vierteljahrschr. f. ger. Med.* 37). Zarzut przeciwników szczepienia, że ospie częściéj podlegają osoby szczepione, niż nieszczepione, zbija Eulenberg tém, że przy-

najmniéj w Niemczech łatwo się to tłumaczy tém, że tylko mała cząstka ludności jest nieszczepioną. Zdaniem autora daléj głównie rozstrzygającą może być statystyka śmiertelności między szczepionymi a nieszczepionymi skutkiem ospy. W tym względzie podaje autor ciekawe wyniki. I tak w r. 1871 w Bawaryi panowała bardzo silna epidemija ospy. Mimo to zachorowało tylko 0.68% ogólnéj ludności. Osób szczepionych zachorowało 29.429. Wyzdrowiało z nich 25.435, tj. 86.4%. Umarło 3.994=13.6%. Z nieszczepionych zachorowało 1.313; wyzdrowiało z nich tylko 523, t. j. 39.8%, umarło zaś 790=60.2%. Z 776 osób ponownie szczepionych, które na ospę zachorowały, wyzdrowiało 712=91.8%, umarło zaś 64, t. j. zaledwie 8.2%. Zestawiwszy zatém liczby te razem będziemy mieli śmiertelność skutkiem ospy:

1) u nieszczepionych	=	60.2%
2) u raz szczepionych	=	13 6%
3) u ponownie szczepionych	=	8.2%

Śmiertelność na ospę w ostatnich 5 latach przedstawia się według urzędowych wykazów bawarskich jak następuje:

W r. 1881 zachorowało w królestwie Bawarskiém 559 osób, umarło 78=13.9%. W r. 1880: 404, zmarło 58=14 4%. W r. 1879: 145, zmarło 22=15.2%. W r. 1878: 499, zmarło 68=13.8%. W r. 1877: 564, zmarło 73=12.9%.

Z osób tych chorych na ospę:

w r. 1881 raz szczepionych było	466	zmarło z nich	48=10.3%
ponownie „ „ „	37	„ „	3= 8.1%
nieszczepionych było	36	„ „	27=48.2%
w r. 1880 raz szczepionych było	336	„ „	43=12.8%
ponownie „ „ „	40	„ „	5=12.2%
nieszczepionych było	27	„ „	10=37.0%
w r. 1879 raz szczepionych było	110	„ „	15=13.6%
ponownie „ „ „	18	„ „	—= 0.0%
nieszczepionych było	17	„ „	7=41.1%
w r. 1878 raz szczepionych było	424	„ „	50=11.8%
ponownie „ „ „	37	„ „	3= 8.1%
nieszczepionych było	38	„ „	18=39.5%
w r. 1877 raz szczepionych było	483	„ „	52=10.8%
ponownie „ „ „	49	„ „	4= 8.2%
nieszczepionych było	32	„ „	17=53.1%.

Zdaniem Eulenberga dochodzi się do tych samych wyników zestawiając statystycznie różnice śmiertelności na ospę między szczepionymi i nieszczepionymi ludności innych krajów Cesarstwa niemieckiego.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 22—28 kwietnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 27,1. Z ospy umarło 0 (1 z. t.); z płonicy 1 (1 z. t.); z błonicy 1 (2 z. t.); z krztuśca 0 (1 z. t.); z duru osutkowego 1 (1 z. t.); z róży 0 (1 z. t.); z zapalenia opon mózgo-rdzeniowych nagminnego 0 (1 z. t.). W tygodniu od 15 do 21 kwietnia umarło z ospy w Londynie 2, zapadło świeżo 16, leczyło się 85. W Wiedniu, w Warszawie i Maladze umarło po 2, w Brukseli 3, w Aleksandryi 5, w Pradze 6, w Madrycie i Murcyi po 7, w Walencyi i Filadelfii po 9, w Roterdamie 14, w Petersburgu 15, w Paryżu 16, w Madrasie 17, w Nowym Orleanie 69, w Bombayu 93. Odra gwałtowna panuje w Pradze, Paryżu, Glasgowie, Madrycie i Nowym Yorku. Dur brzuszny znowu zabiera więcéj ofiar, nieco mniéj w Aleksandryi. Z duru osutkowego umarło w Murcyi i Granadzie po 2, w Budapeszcie i Maladze po 3, w Madrycie 6. W San Francisco umarła 1 osoba z cholery w ostatnich tygodniach marca.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 15—21 kwietnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 46,7; w Warszawie 34,5; w Wiedniu 38,1; w Budapeszcie 35,4; w Pradze 38,2; w Tryjeście 27.4; w Berlinie 28,0; w Wrocławiu 28,5; w Gdańsku 26,3; w Kolonii 27,6; w Mnichowie 36,6; w Dreźnie 26,7; w Lipsku 28,2; w Bazylei 14,3; w Brukseli 31,5; w Amsterdamie 31,8; w Hadze 20,5; w Paryżu 31,1; w Londynie 23,2; w Kopenhadze 20,4; w Stokholmie 27,5; w Chrystyjanii 15,8; w Petersburgu 39,4; w Odesie 34,9; w Rzymie 32,3; w Wenecyi 29,8; w Bukareszcie 32,5; w Madrycie 51,3; w Lizbonie 30,7; w Aleksandryi 46,6; w Nowym Yorku 31,3; w Filadelfii 26,1; w Bombayu 31,3; w Madrasie 38,7.

J. B.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 1 maja. W skutek przedstawienia Starostwa myślenickiego c. k. Namiestnictwo we Lwowie rozporządziło co następuje: „Każda osoba, która opłaci przepisaną taksę zdrojową ma prawo do picia wody mineralnéj i używania kąpieli w zakładzie zdrojowym w Rabce, bez względu na to, czy mieszka w zakładzie samym lub po za jego obrębem.“ Rozporządzenie to znosi monopol właściciela zakładu i ułatwia rozszerzenie się zakładu, albowiem teraz znajdą się zapewne przedsiębiorcy prywatni, którzy podejmą się budowy nowych domów, zwłaszcza gdy obok zakładu nie brak miejsca wolnego. Właściciel zakładu dwukrotnie rekurował przeciw orzeczeniu Starostwa; w skutek powyższego rozporządzenia c. k. Namiestnictwa atoli orzeczenie Starostwa w całéj mocy utrzymaném zostało i jest ono od dwóch miesięcy już prawomocném.

□ Docent antropologii w Uniw. Jagiell. Dr. Izydor Kopernicki. został wybrany członkiem honorowym Towarzystwa antropologicznego w Brukseli. Dr. Kopernicki należy już do wielu pierwszorzędnych Towarzystw antropologicznych; zaszczytne odznaczenie, jakie dziś go spotyka ze strony Belgów, jest miarą wartości naukowéj jego antropologicznych badań i téj powagi, jakiéj używa u zagranicznych mężow nauki. My zbliska przypatrując się naukowéj czynności Dra Kopernickiego, widząc, że te cenne badania antropologiczne wykonywa bez pracowni, bez podręcznego materyjału naukowego, my więcéj jeszcze możemy podziwiać bezinteresowne zamiłowanie do nauki, które zjednało mu cześć ogólną.

* Według nadesłanego nam wykazu w Cieplicach czeskich bawiło dotąd gości 206.

(St.) **Karlsbad.** Dnia 1 maja nastąpiło uroczyste otwarcie źródeł i poświęcenie nowéj kolumnady, łączącéj Marktbrunn z Kaiser-Carls-Quelle; od kilku dni ciepło prawdziwie wiosenne i pogoda się ustaliła. Do dnia 4 maja przybyło tu 1.623 rodzin złożonych z 2.099 osób.

* **Poznań.** Dr. Kaczorowski obciążony pracami zawodowemi złożył urząd prezesa Wydziału gospodarczego IV Zjazdu lekarzów i przyrodników polskich, a w jego miejsce wybrany został Dr. Wicherkiewicz.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga.** Prof. okulistyki Hasner z powodu słabości w półroczu bieżącém wykładać nie będzie, a zastępstwo poruczył Wydział docentowi Schenklowi przedstawiając go zarazem do nominacyi na profesora nadzw.— Prof. nadzw. anatomii patolog. Chiari przedstawiony został na prof. zwyczajnego. — W Wydziale lek czeskim Tomsa z Kijowa przyjął stanowczo katedrę fizyjologii, podczas gdy Lambl jeszcze nie zdecydował się, a więc katedra anatomii patolog. jeszcze jest opróżnioną. Katedrę patologii ogólnéj i doświadczalnéj otrzyma Dr. Spina, asystent prof. Strickera. — **Fryburg** w Bryzgowii. Na miejsce prof. Maassa powołany został Dr. Kraske, asystent prof. Volkmanna w Hali.

* **Odznaczenie.** Spencer Wells otrzymał od królowéj angielskiéj godność baroneta w uznaniu wielkich zasług koło chirurgii położonych.

* **Wiadomości osobowe.** Stopień doktora w. nauk lek. otrzymał w Uniw. Jagiell. p. Jan Prus, rodem z Wadowic.

* **Nekrologija.** W Londynie umarł znany statystyk lekarski Dr. William Farr, a we Wiedniu Dr. Wilibald Gunz, dyrektor szpitala dziecięcego św. Józefa.

Piśmiennictwo lekarskie. Dziesiąte sprawozdanie Komitetu Towarzystwa opieki szpitalnéj dla dzieci w Krakowie za r. 1882.

Czytelnikom Przeglądu znane są z lat przeszłych sprawozdania Komitetu krakowskiego Towarz. Opieki szpit. dla dzieci. Sprawozdanie za r. 1882 nosi znamię téj saméj ścisłości rachunkowéj i statystycznéj co i dawniejsze. Wykazy lekarskie ze szpitala św. Ludwika, opracowywane zwykle przez dyrektora tego szpitala prof. Jakubowskiego nasuwają wiele cennych, na prawdzie opartych myśli; z nich dopiero na pewne dowiadujemy się o stosunku w klasie uboższéj dzieci szczepionych do nieszczepionych, źle odżywionych do dobrze odżywionych, charłaczych do zdrowych i t. d. Chcąc zaradzić złemu, należy je poznać; sprawozdania ze szpitala św. Ludwika wyjaśniają wiele rzeczy, dotyczących pauperyzmu krakowskiego. Przechodząc do

wykazu szpitala św. Ludwika za r. 1882 zaznaczyć winniśmy, że dyrekcyja i skład służby lekarskiéj pozostawały w tych samych rękach co i w r. poprzedzającym. Leczon› dzieci 641, o 180 mniéj aniżeli w r. 1881, co zupełnie da się wytłumaczyć brakiem w r. 1882 nagminnie panujących osutek; natomiast ruch ambulatoryjny który wynosił 2076 chorych, wzmógł się o 136. Uleczonych opuściło szpital 59.93%, nieuleczonych 17.81%, umarło 22.26%. Dobrze odżywionych było 29.11%, źle odżywionych 13.70%; reszta przypada na odżywienie dość dobre i mierne. Dzieci bez zboczeń odżywczych było 42.08; charłaczych 57.02%. Charłactwa idą w następującym porządku: zołzowe, krzywicze, zimnicze, grużlicze. Chorych na cierpienia ostre i przewłoczne leczono 83.73%, na choroby zakaźne 16.27%. W szpitalu zapadło na choroby zakaźne 38 = 7.77%. Szczepionych było tylko 47.95%, nieszczepionych 44.23%, przyjęto z bliznami świadczącemi o przebytéj ospie naturalnéj 7.82%. W r. 1882 wykonano 75 operacyj, wymienimy tu tracheotomije 7 razy (z tych 2 przypadki zakończyły się wyzdrowieniem). Dni leczenia było 21 652; jeden chory średnio przebywał w szpitalu 33.7 dni. Wydatek dzienny na jednego chorego wynosił 61.03 ct. Ze względu na obszerność przedmiotu nie przytaczamy liczb dotyczących leczenia poszczególnych chorób ostrych i przewłocznych. Na zakończenie zestawimy przychód roczny, który wynosił 17.662 zł. z rozchodem w kwocie 13.215 zł. Oszczędność całoroczna wynosiła 4.447 zł. 17 ct, które zostały użyte na fundusz budowy kanału i sprawienia inwentarza do nowego pawilonu szpitalnego. Szpital św. Ludwika, jako zakład użyteczności publicznéj, ma ustaloną opiniję i powszechne uznanie. Zorganizowany i kierowany przez ludzi silnych przekonań, odgrywa on w naszych stosunkach wybitną rolę zakładu filantropijnego i naukowego. W dziejach pauperyzmu krakowskiego jest to jedyna instytucyja dobroczynna, przynosząca niewątpliwą ulgę i pożytek maluczkim i ubogim, i z tego względu zasługuje na wdzięczność i wszelkie poparcie władzy i społeczeństwa, któremu służy. *Dr. A. Kwaśnicki.*

Dr. J. Wojtekiewicz. K woprosu o leczenii sacharnaho moczeiznurenija salicitowokisłym natrom. (Odbitka z *Medicinskaho Sbornika Imper. Kawkazkaho obszczestwa*, Nr. 34 z 1882 r.).

Praca Dra Wojtekiewicza jest dokładną historyją jednego przypadku cukrzycy, leczonego salicylanem sodowym. Autor poprzedza część opisową rzutem oka na literaturę przedmiotu i w téj części składa dowody znajomości piśmiennictwa lekarskiego, tak obcokrajowego jak i ojczystego. W opisie klinicznym Dr. Wojtekiewicz połączył dar spostrzegawczy z trafnością uwag i wniosków, które skupił w przekonywającą logiczną całość. Teoretyczna strona przedmiotu, posługiwanie się próbami chemicznemi itd., dowodzą wszechstronnego lekarskiego wykształcenia. Chory Dra W. przy rozpoczęciu kuracyi miał 12,5° cukru, w miarę dłuższego używania i powiększania dawki salicylanu sodowego, odsetek ten stale obniżał się i wreszcie spadł do zera. Czy po wyjściu chorego ze szpitala odsetek cukru ponownie wzmógł się, autor tego stwierdzić nie był w stanie. Podczas kilkomiesięcznego pobytu w szpitalu stosowano u chorego i inne leki: tymol, morfin, jaborandę, sól karlsbadzką, lecz bez żadnego skutku; natomiast ile razy powrócono do salicylanu sodowego, odsetek cukru zmniejszał się szybko, a stan ogólny poprawiał się. Załączona do rozprawy tablica krzywizn uwidocznia wahania się ciepłoty, ilość moczu na dobę, jego ciężar gatunkowy i odsetek cukru w nim zawarty. Spostrzeżenie kliniczne Dra Wojtekiewicza chociaż dotyczy jednego tylko przypadku, ale wykonane pod wszelką umiejętną kontrolą, zasługuje na wpisanie do statystyki nieustalonego jeszcze zdania o działaniu salicylanu sodowego w cukrzycy. *Dr. A. Kwaśnicki.*

Klimatologija Krynicy jako zakładu zdrojowo-kąpielowego na podstawie spostrzeżeń meteorologicznych w latach 1877—1882 dokonanych, opracował Dr. Bolesław Skórczewski, lek. zdrojowy. Kraków, 1883, 8ka duża, str. 118.

W rzędzie czynników balneoterapeutycznych każdego zdrojowiska klimat zajmuje jedno z ważniejszych miejsc, a mimo to pole klimatologii naszych zdrojowisk jak w ogóle klimatologii całego kraju dotąd prawie odłogiem leżało. Miarą wysokiego znaczenia klimatologii krajowéj może być ta okoliczność, iż obecnie Akademija Umiejętności w Krakowie rozpisała konkurs o nagrodę 1000 złr. za skreślenie klimatologii Galicyi. Nie mniejsze znaczenie ma klimatologija pojedyńczych miejscowości a w szczególności zdrojowisk, dla tego z uznaniem przyjąć należy każdą pracę na téj niwie, zwłaszcza, gdy odnosi się, jak praca autora, do jednego z ważniejszych naszych zdrojowisk. Z uznaniem też za żmudną pracę witamy dziełko, którego tytuł na początku przywiedliśmy. Autor skrzętnie zestawił materyjały nagromadzone w archiwum Komisyi fizyjogr. Akademii Umiejętności a odnoszące się do czynników meteorologicznych, które składają się na to, co ogólném mianem klimatu obejmujemy. W pracy swéj ograniczył się autor do obrobienia materyjału z miesięcy, przez które trwa pora zdrojowa od maja do września z 6 lat (1877 do 1882), pod względem lekarskim i balneologicznym najważniejszych i zestawił w części I daty odnoszące się do ilości ozonu, ciśnienia powietrza, ciepłoty wilgotności, stanu zachmurzenia nieba, deszczów, ilości opadów meteorycznych wiatrów, porównywając je z odpowiedniemi obserwacyjami w Krakowie, wreszcie wysnuł odpowiednie wnioski. W części II podał autor w tabelach materyjały spostrzeżeń meteorologicznych, na których pracę swą oparł. Cała praca rzuca wiele światła na stosunki klimatyczne Krynicy, daje nam obraz klimatu zdrojowego w czasie pory zdrojowéj, jakiego co do żadnego innego z naszych zdrojowisk nie posiadamy. Sześcioletni okres czasu, który autor pracą swą objął, bo dawniéj nie robiono obserwacyj w odpowiednim zakresie, jest wprawdzie za krótki, aby wystarczył do zupełnego poznania tak zawiłych stosunków klimatycznych, zawsze jednak obserwacyje z tego okresu czasu zezwoliły autorowi wysnuć wnioski doniosłego znaczenia. Spodziewać się należy, iż autor nie będzie żałował trudu i w przyszłości rozciągnie swe obliczenia na dłuższy szereg lat, tymczasem i za tę żmudną pracę należy mu się uznanie jak również c. kr. Zarządowi zdrojowemu w Krynicy, który nie szczędził kosztów na odpowiednie wydanie téj pracy, jak ona na to zasługiwała. *K. Gr.*

Szczawnica, Zdrojowisko i stacyja klimatyczna. Ocenienie jéj środków lekarskich i urządzeń oraz podręcznik dla chorych tamże się udających (Z mapą topograficzną) przez Dra J. Kołączkowskiego. Kraków, 1883, w 8ce, str. 106.

W obec ciągłego wzrostu zdrojowisk naszych zachodzi potrzeba coraz nowych przewodników, przez postęp i ulepszenie zmieniają się bowiem urządzenia i środki komunikacyjne. Z tego powodu, mimo że istnieje już kilka przewodników do Szczawnicy, świeżo wydany nie jest bynajmniéj zbytecznym. Uwzględnia on w bardzo odpowiedni sposób z jednéj strony potrzeby lekarzy, którzy znajdą w nim dokładne omówienie środków lekarskich, wskazań i przeciwwskazań do kuracyi w Szczawnicy, a z drugiéj strony potrzeby udających się do tego zdrojowiska, którzy znajdą dokładne omówienie wszystkich szczegółów odnoszących się do pobytu ich w zdrojowisku. Prawdziwą ozdobą tego przewodnika jest starannie wykonana mapa topograficzna Szczawnicy i okolicy. *K. Gr.*

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 18: Erlickiego: Ostry obłęd w związku z ogólném przerodzeniem tętnic mózgowych i z ogniskowemi rozmiękczeniami mózgowéj substancyi. — W *Gazecie Lek.* Nr. 18: Matlakowskiego: Naftalina jako środek opatrunkowy; Orłowskiego: O nowoczesném kruszeniu kamieni moczowych sposobem Bigelowa (c. d.); Majkowskiego: Rozbiór chemiczny wody mineralnéj Buskiéj i jéj środków leczniczych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę dnia 16 maja o godzinie **szóstéj** wieczór w Sali Akademii Umiejętności zwyczajne posiedzenie z porządkiem zapowiedzianym na przeszłe posiedzenie.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. odbędzie we czwartek d. 17go maja r. b. o godz. 5 po poł. posiedzenie, na którém Dr. Ściborowski przedstawi pogląd na ruch i postęp w zdrojowiskach krajowych podczas pory zdrojowéj roku 1882.

Do Nru dzisiejszego dołącza się: Wiadomość o zakładzie wodoleczniczym w Sassowie.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 184.
Dz. W. lek.

KONKURS.

Niniejszém rozpisuje się konkurs na posadę asystenta przy katedrze okulistyki Uniw. Jagiell. na lat dwa począwszy od 1 Października rb. Z posadą tą połączona jest płaca rocznych 600 złr. w. a. tudzież bezpłatne pomieszkanie, opał i światło. Podania wystósowane do Wydziału lekarskiego i należycie uzasadnione wnosić należy do końca Maja rb. na ręce podpisanego.

Kraków 30 Kwietnia 1883. *Rydel*
t. r. Dziekan Wydz. lek.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 19 maja 1883. № 20. Rok XXII.

I. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

VI.

Usiłowane otrucie za pomocą ciemierzycy.

Podał Prof. Dr. Blumenstok.

Anna B., lat 22 licząca, wyszła za Wojciecha B. wdowca, lat 44 liczącego. Ulegając, jak twierdzi, namowom kochanka postanowiła otruć męża swego po kilkotygodniowém zaledwo z nim pożyciu; w tym celu wyrwała 4 korzenie ciemierzycy, rzuciła je do garnka, w którym gotowała się woda; łyżkę odwaru wlała do szklanki mleka, którą mąż wypił, poczém zaraz mówił, „że go nudzi i dławi w gardle;“ czując się mocno słabym posłał po wieśniaka-znachora, który mu podał jakieś zielę, poczém nastąpiły wymioty. Tak podaje obwiniona; Wojciech B. zaś zeznaje, że jakoś w godzinę po wypiciu owego mleka „ciemno mu się robiło przed oczyma, zaczęło mu się kręcić koło serca, czuł ból żołądka i ogólne osłabienie, ściskanie w gardle i cierpiał wymioty; przez 4 dni był słabym, albowiem obok silnych bólów w żołądku dolegały mu uporczywe wymioty; doznał dopiero polepszenia po środku zaleconym przez znachora, ale „pomimo że już na drugi tydzień idzie, czuje się jeszcze być słabym, bo mu jeszcze nogi i ręce trętwieją.“ Korzenie ciemierzycy znalazł na gnoju i wręczył je Sądowi.

Korzenie te przesłał Sąd dwom znawcom, lekarzowi i chemikowi, którzy orzekli co następuje:

Korzeń w mowie będący, w ilości 22 gramów, jest korzeniem ciemierzycy (*Niesswurz, Helleborus alb.*), za czém przemawiają wielkie liście kształtu jajowatego z unerwieniem konwergującém, również bulwiasty kształt kłębu (*rhizoma*) a przekrój kłębu wskazuje pod mikroskopem charakterystyczne siatkowate ułożenie tkanek.

Co do ilości sporządzonego odwaru i co do pytania czy tenże życiu ludzkiemu bezwzględnie lub tylko po użyciu większéj ilości zagraża, podpisani znawcy zauważać winni, że z 22 gr. rośliny (tj. kłębu, korzenia i liścia) otrzymuje się około 0·73 gr. ekstraktu alkoholowego, w którym znajduje się około 0·0073 gr. = 7 miligr. trującego alkaloidu weratrynu, tj. ilość mniejsza aniżeli potrzebna do zatrucia, która to ostatnia rozpoczyna się od ilości 0·012 gr. = 1 centigr.

Nadto podpisani znawcy zwracają uwagę Sądu na tę okoliczność, że odwar sporządzony wodą nawet i po dłuższém gotowaniu zdoła wytrawić tylko małą część zawartego w korzeniu alkaloidu trującego (weratrynu); weratryn bowiem rozpuszcza się z łatwością tylko w wyskoku, we wodzie zaś jest prawie nierozpuszczalnym.

O r z e c z e n i e. Ilość w odwarze otrzymanego korzenia ciemierzycy znajdujących się ciał trujących, w szczególności trującego alkaloidu weratrynu, jest zanadto małą, aby mogła zagrażać bezwzględnie życiu ludzkiemu; bo ilość ta (22 gr.) wyskokiem wyciągnięta, jako ekstrakt alkoholowy, zawierać może 0·007 gr. = 7 miligr., podczas gdy dawka używana w celach leczniczych sięga aż do 12 miligramów. Odwar użyty tylko jako niestósowny lek mógł zaburzenia w przewodzie pokarmowym wywołać.

Następnie Sąd zażądał opinii od dwóch innych znawców (lekarzy) sądowych, których orzeczenie opiewało:

Działającym składnikiem kłębów ciemierzycy jest weratryn; nie rozpuszcza on się prawie wcale w wodzie, w eterze dosyć trudno, w wyskoku zaś, chloroformie i kwasach rozcieńczonych dość łatwo. Działanie ciemierzycy zależy wyłącznie tylko od weratrynu, a po zadaniu onego jako środka leczniczego dają się odróżnić dwa szeregi objawów, z których jedne wpływają drażniąco na błony śluzowe, z któremi ten środek bezpośrednio się styka, drugie zaś zależą od jego działania na nerwy sercowe. Do objawów pierwszego szeregu należą: uczucie drapania w gardle, obfite wydzielanie łez, śliny i śluzu nosowego, mdłości a niekiedy i wymioty; w dalszém następstwie już po częściowém wessaniu środka drażnienie a ztąd obfitsze wydzielanie moczu, wpływ na skórę, a ztąd znaczniejsze wydzielanie potu.

Co do objawów drugiego szeregu, to działanie weratrynu jest wielce podobne do działania naparstnicy, albowiem oba środki zmniejszają ilość uderzeń tętna i obniżają ciepłotę. W małych dawkach weratryn wcale na mózg nie działa, w wielkich zaś działa podobnie jak strychnin, sprowadza bowiem tężec ogólny, przytłumia czynności odruchowe i wkrótce sprowadza porażenie mięsni. Po zadaniu ciemierzycy spostrzegamy także palenie w ustach, przełyku i żołądku, zwiększone wydzielenie śliny, moczu i potu, rznięcie w brzuchu i biegunkę. Otrucia wywołane ciemierzycą cechują się mocnym bólem brzucha, wymiotami, biegunką, drgawkami przechodzącemi wkrótce w porażenie, a w skutek porażenia mięśni oddechowych dusznością, a śród wzmagania się téj duszności nastąpić może uduszenie. W lecznictwie podaje się kłąb (korzeń) ciemierzycy na jedną dawkę od 10—40 cgrm., trzy lub cztery razy na dobę, więc około 150—160 cgr., lecz zawsze tylko z największą ostrożnością, bo zaczyna się od mniejszych znacznie dawek, a stopniuje do wyż wymienionych; podaje się bądź w proszkach, bądź w pigułkach lub odwarze z powyższéj ilości sporządzonym, przyczém dodaje się cokolwiek octu, aby rozpuszczalność weratrynu powiększyć.

Weratrynu zaś podaje się wewnętrznie od 2—10 miligr. na dawkę, na całą zaś dobę nie więcéj nad 35 miligr. i to tylko w pigułkach, nie w płynie, aby zbyt nagle i drażniąco na błony śluzowe nie działał.

Porównawszy te, że tak powiemy, prawidła co do zadawania ciemierzycy a względnie weratrynu ze sposobem w jaki Wojciechowi B. odwar podany został, uwzględniając wynik badania chemików orzekamy co następuje:

Odwar dla Wojciecha B. sporządzony był z dwóch tysięcy dwustu centigramów, tj. blisko 14 razy mocniejszy, aniżeli się go w lecznictwie z ostrożnością podaje.

Odwar ciemierzycy od granicy najwyższych dawek w lecznictwie używanych sporządzony z dawek znacznie wyższych (14 razy) uważać należy jako środek człowieka trujący, a zależy to od okoliczności towarzyszących, czy np. żołądek jest tkliwy, że odwar wnet wyrzuca lub późniéj, czy żołądek jest czczy lub pełny, jak np. że w przypadku danym Wojciech B. zjadł już był barszcz poprzednio, że trucizna wprost na czczy żołądek nie działała i nierychło została wessaną a raczéj tymczasem przez wymioty w znacznéj części została wyrzuconą; są to okoliczności, które wywarły dobry wpływ na ocalenie Wojciecha B. od otrucia śmiertelnego. Zasługuje także na uwagę, że prawdopodobnie łyżka odwaru, podana Wojciechowi B. w mleku, nie była wszystkim odwarem, który z gotowania téj rośliny otrzymano, oraz że może odwar nie był wynikiem dostatecznego wygotowania, gdyż dawka 22 gramów w odwarze była prawie dostateczną do sprowadzenia otrucia i tylko powyższym względom przypisać należy, że otrucie nie nastąpiło.

Nie zapuścilibyśmy się w wywody o weratrynie, bo takowego Wojciech B. nie zażył, gdy jednak chemicy sądowi i o alkaloidzie wspomnieli, musimy i my pójść za ich przykładem.

I tak podają chemicy, że 7ma miligr. weratrynu nie podobna otruć człowieka, bo się go w celach leczniczych po 12 miligr. podaje, ale zapomnieli dodać, że do 7miu miligr. dochodzi się zwolna od 2 lub 1go począwszy, że taka dawka (7 mgrm.) może być śród korzystnych warunków trująca, tak jak np. morfinu podać można choremu do 1go decigrama dziennie ale tylko takiemu choremu, który jest do niego przyzwyczajony, i to nie na raz, lecz 4 lub 5 razy przez dobę, bo gdyby chory naraz 1 decigram morfinu użył, mógłby popaść w taki sen, z któregoby już więcéj nie powstał. Co się mówi nawiasowo o morfinie odnieść się także może do weratrynu z tym dodatkiem atoli, że weratryn daleko dzielniejszą jest trucizną niż morfin, że więc lekomyślnie podawać go nie należy.

Ciemierzycą struć można niezaprzeczenie, jaka jednak powinna być dawka dla jednostki, trudno z pewnością oznaczyć, bo jak powiedziano wyżéj, zależy to od okoliczności towarzyszących, a wszelka dawka znacznie wyższa od tych, jakich się w celach lekarskich używa, za dawkę działającą trująco uważać należy.

Zaprzeczyć także nie można, że gdyby kłąb (korzeń) ciemierzycy był wymoczony w wódce lub alkoholu, przedstawiłby wymok dla zdrowia ludzkiego o tyle zgubniejszy, o ile że w wódce ciemierzyca odstępuje więcéj weratrynu (środka iście trującego) aniżeli w wodzie, oraz, że ze względu że gdy w tym razie ciemierzyca wygotowywana już wywołała takie wstrząśnienia organizmu Wojciecha B., weratryn za pomocą wyciągu alkoholowego z téj ilości ciemierzycy otrzymany według największego prawdopodobieństwa byłby w stanie śmierć przez otrucie wywołać.

Na pytanie, jakie skutki użycie odwaru ciemierzycy w tym przypadku wywołało, odpowiadamy, że podane przez Wojciecha B. objawy, jako to ćmienie się w oczach (w skutek zapewnie nudności) słabnienie na ciele, kręcenie koło serca, ból w żołądku, ściskanie w gardle, wymioty, należą do tych objawów, które nadmierne użycie ciemierzycy zwykle wywołuje.

Po otrzymaniu tych dwóch sprzecznych orzeczeń Sąd przedłożył akta Wydziałowi lek. U. J. z następującą odezwą:

W sprawie karnéj przeciw Annie B. o usiłowaną zbrodnię skrytobójczego mordertwa, i X. S. o współwinę w téj saméj zbrodni obwinionych, orzekli pomiędzy innemi znawcy pierwsi, z których jeden był chemik, że w obecnym przypadku i l o ś ć w e r a t r y n u j e s t z a n a d t o małą, aby mogła z a g r a ż a ć b e z w z g l ę d n i e ż y c i u l u d z k i e m u, a użyty odwar m ó g ł t y l k o jako niestósowny lek w y w o ł a ć z a b u r z e n i a w przewodzie pokarmowym; znawcy zaś drudzy, obaj doktorowie medycyny, wydali orzeczenie w niektórych ustępach rażąco odmiennéj treści, a mianowicie, że w obecnym przypadku odwar dla Wojciecha B. sporządzony jest blizko 14 r a z y m o c n i e j s z y aniżeli takowy w lecznictwie ma być podawany, ż e m u s i b y ć u w a ż a n y j a k o ś r o d e k c z ł o w i e k a t r u j ą c y, i że jedynie ze względu, że B. zjadł był poprzednio barszcz, że żołądek był więc pełny, że wymioty nastąpiły i że odwar nie w wódce, lecz był w mleku sporządzony itp., otrucie nie nastąpiło, zawsze jednak dawka 22 gramów była „p r a w i e“ dostateczną do sprowadzenia otrucia, gdyż c i e m i e r z y c ą s t r u ć m o ż n a n i e z a p r z e c z e n i e. Dla usunięcia tych sprzeczności i wątpliwości upraszamy na podstawie §. 126 p. k. i Rozp. min. Świetny Wydział Lekarski zechce wydać w téj mierze swe zdanie, a mianowicie, c z y w o b e c n y m p r z y p a d k u wedle w y n i k u ś l e d z t w a d a n y m o d w a r e m z c i e m i e r z y c y m ó g ł b y ć W o j c i e c h B. o t r u t y, i z jakich powodów tegoż śmierć nie nastąpiła, l u b t é ż c z y z a d a n a d a w k a trucizny nie mogła śmierci a t y l k o c i ę ż k i e u s z k o d z e n i e c i a ł a w y w o ł a ć, a oraz oświadczyć się, które z powyższych zdań znawców odpowiada zasadom nauki i czy i do którego z tych zdań Świetny Wydział Lekarski się przyłącza.

O r z e c z e n i e Wydziału Lek. opiewało:

1) Przedewszystkiém zwraca się uwagę Świetnego Sądu na okoliczność, że ścisłe oznaczenie dawki trującéj oraz dawki zabójczéj ciemierzycy jest dotychczas niepodobném, raz z powodu, że za mało dotąd spostrzeżono przypadków otrucia, a powtóre, że podania co do ilości alkaloidu, mieszczącego się w roślinie przerzeczonéj, są sprzeczne i dlatego niepewne.

2) W danym przypadku dokładne oznaczenie szkodliwości podanéj Wojciechowi B. ciemierzycy jest tém trudniejsze, o ile do odwaru użyto wprawdzie znacznéj względnie ilości, bo 22 gramów, ale nie poprzestano na części, najszkodliwiéj działającéj, bo najwięcéj jerwinu zawierającéj, to jest korzenia, lecz wygotowano całą roślinę; a wiadomą jest rzeczą, że kłąb zawiera mniéj alkaloidu aniżeli korzeń, a liście jeszcze mniéj aniżeli kłąb; nadto jerwin z trudnością rozpuszcza się we wodzie, nawet gorącéj, a wreszcie nie wiadomo, czy owa łyżka odwaru, którą obwiniona podała mężowi swemu, była wszystkim płynem, otrzymanym po wygotowaniu roślin, lub téż tylko częścią onego i jaką?

3) Orzeczenia znawców tak pierwszych jakoteż i drugich nie są pozbawione pewnéj podstawy; sprzeczność atoli uderzająca pomiędzy jedném a drugiém zachodząca polega na tém, że pierwsi znawcy zapatrywali się na rzecz ze stanowiska wyłącznie chemicznego, a ostatni ze stanowiska czysto leczniczego; pierwsi zbyt stanowczo oznaczyli ilość alkaloidu z ciemierzycy otrzymywać się mającego oraz dawkę trującą tegoż alkaloidu; ostatni wprawdzie dokładnie podali najwyższą dawkę lekarską, ale spuścili z uwagi, że dawka ta nie jest identyczna z dawką trującą; z tych powodów Wydział Lekarski nie może przychylić się bezwarunkowo ani do zdania jednych, ani do zdania drugich znawców.

4) Faktem jest, że Wojciech B. w godzinę po wypiciu łyżki odwaru zasłabł, a objawy choroby, opisane tak przez niego samego, jakoteż przez obwinioną, odpowiadają otruciu weratrynowemu, oraz, że pomimo rychłego użycia środka wymiotnego Wojciech B. chorował obłożnie przez 4 dni, a jeszcze na drugi tydzień czuł się słabym i doznawał trętwienia odnóg, co w zupełności na wiarę zasługuje. Licząc się więc z tym faktem a nie wdając się w obliczenia niemożebne, przypuścić koniecznie wypada, że ilość odwaru ciemierzycy, podana Wojciechowi B., dosięgała dawki trującéj, skoro objawy otrucia rzeczywiście wywołała.

5) Z powodów wyżéj wyłuszczonych Wydział Lekarski nie może udzielić odpowiedzi ani stanowczo twierdzącéj ani przeczącéj na pytanie świetnego Sądu, ażali w mowie będący odwar ciemierzycy mógł sprowadzić śmierć Wojciecha B.; natomiast nie waha się orzec, że odwar ten był zdolny wywołać u niego c i ę ż k i e u s z k o d z e n i e c i e l e s n e.

Szczegółowe uzasadnienie orzeczenia powyższego będzie zapewne zbytecznėm. Dwa pierwsze orzeczenia były za nadto stanowcze w obec faktu, że otrucie ciemierzycą zdarza się rzadko, i że nietylko o dawce trującéj i zabójczéj nic jeszcze stanowczo podać niemożna, ale nawet wiadomości nasze o alkaloidach, mieszczących się w ciemierzycy i pokrewnych roślinach, są bardzo jeszcze chwiejne. W danym przypadku nadto wszelkie ścisłe obliczenia dawki są bezpodstawne, skoro nie wiemy, ile Wojciech B. wypił owego odwaru. Wypadało więc ograniczyć się do sprawdzenia, że ilość odwaru, którą wypił Wojciech B., dosięgała dawki trującéj, skoro objawy otrucia wystąpiły i odpowiedzieć twierdząco na pytanie Sądu, czy ilość ta mogła przynajmniéj wywołać ciężkie uszkodzenie cielesne.

II. Kazuistyka lekarska w Turcyi.

Zebrał W. Jabłonowski
w Sułtan-Czair w Maléj Azyi.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 18).

II. O b r a ż e n i e c z a s z k i.

Jeden z ciekawszych chirurgicznych przypadków, jaki miałem sposobność zauważyć w praktyce Dra Mase, lekarza ambasady francuskiéj w Konstantynopolu, tyczy się obrażenia czaszki z następującemi powikłaniami: złamaniem kości ciemieniowéj, następowym ropniem, napadami padaczki, połowiczém porażeniem odnóg dolnych, zakażeniem kiłowém, słowem obrazem cierpień po dwóch latach trwania zakończonych śmiercią.

Przypadek ten przedstawił nam R. Peverata, lat 34, Włoch, urodzony na Wschodzie. Długo podróżując po Europie i po kilkoletnim pobycie w Egipcie, Peverata przed dwoma laty przybył chory do Stambułu i tu się osiedlił. Przebieg jego cierpienia jest następujący. Ożeniony w Kairze, gdzie miał zajęcie w jednym z domów handlowych, cieszył się dobrém zdrowiem i nadużywał czasem napojów wyskokowych, mianowicie w czasie swego pobytu w Anglii. Powróciwszy do Egiptu z namiętnością oddał się nałogowi picia absyntu, i owéj tyle wsławionéj wschodniéj „Raki". Po ożenieniu się stał się oględniejszym, jakkolwiek zawsze od czasu do czasu doznawał napadami skłonności do pijaństwa. W roku 1860 miał pierwszą rzeżączkę nabytą w Stambule. W roku 1863 toż samo cierpienie z dodatkiem wrzodu miękkiego. W Anglii między rokiem 1866—67 miał trzy razy rzeżączkę. Leczył się rozmaicie, nie przypomina jednak sobie żadnego ze sposobów leczenia. W 1868 w Stambule dostał znowu wrzodu miękkiego znacznéj wielkości, podług wyrażenia się chorego, „otaczającego całe prącie". Następstwem wrzodu była dymienica, która jednak nie przeszła w stan ropienia. Używał wtedy maści szaréj przeciw dymienicy; wrzód posypywał kalomelem, a dopiero w kilka miesięcy udawszy się do lekarza otrzymał pigułki i jakiś płyn, mający zawierać rtęć. W 1871 roku w Aleksandryi dostał znowu wrzodu usadowionego w dole i przy osadzie prącia. Wrzód trwał cały miesiąc i leczenie ograniczało się do używania pigułek i płynu zawierającego rtęć. W parę miesięcy późniéj dla bólów w okolicy odbytu, które uważa za wywołane ocieklinami, zasięgnął rady pewnego niemieckiego lekarza w Kairze, od którego dowiedział się, że jest dotknięty zakażeniem kiłowém i że potrzeba, aby się leczył metodycznie. Przepisane mu wtedy pigułki sprowadziły ślinotok trwający kilka miesięcy z następném owrzodzeniem błony śluzowéj jamy ustnéj. W roku 1874 nowa rzeżączka, powikłana tym razem z bardzo silnym gośćcem stawowym. Chory nie dostrzegł żadnego pojawu chorobowego na skórze, włosy nie wypadały; od czasu do czasu ukazywały się tylko na głowie drobne wyrzuty, kończące się zwykle odpadającemi strupkami. Przypomina sobie, że wkrótce po leczeniu się rtęcią doznawał bólów głowy, trwających całemi dobami i bardzo silnych. Bóle podobne nie ustępowały w ciągu całych miesięcy i chory sądząc, że je uśmierzy gorzałką, do niéj zwrócił się napowrót. W tymże samym czasie cierpiał bardzo na zęby, których stan chwiania się przypisywał rtęci użytéj do usunięcia pojawów kiłowych, uważanych przez chorego za cierpienie h e m o r o i d a l n e. Opinię tę wreszcie podsunęła mu jakaś stara kobieta w Kairze, od któréj

chory otrzymał pewną wodę, mającą własność wyprowadzenia rtęci z ustroju. W roku 1875 bawił się w grę narodową „Stachiotta", polegającą na uderzaniu się głowami dwóch przeciwników. W ciągu gry otrzymał od swego towarzysza cztery silne uderzenia, z których najboleśniejsze uczuł w prawéj i górnéj okolicy czaszki i więcéj po stronie przedniéj głowy. W chwili uderzenia chory nie zdradzał bólu, dopiero późniéj żona jego znalazła dość znaczne obrzmienie guzowate w okolicy wyżéj wspomnionéj. Chory więc kontynuował swe zajęcie, gdy nagle w 15 dni po uderzeniu spostrzegł, że pewna ilość czerwonawéj wody wysącza się z okolicy obrażonéj. Przywołany lekarz zbadał rankę zgłębnikiem i oświadczywszy, że znalazł trzy lub cztery otwory podskórne wypalił je azotanem srebra, i w ten sposób uspokoił chorego. Rana postępowała spokojnie ku zabliźnieniu się, zawsze jednak wysączając nieznaczną ilość czerwonego płynu. We 20 dni późniéj, a 35 dnia po doznaném uderzeniu, chory znajdując się w swym magazynie, dostał napadu cechującego się podług zdania otaczających osób upadnięciem, zupełną utratą przytomności, drgawkami odnóg górnych i dolnych, wykrzywianiem twarzy, pianą z ust, bez żadnego patologicznego pojawu po prawéj stronie ustroju. Wezwany lekarz zalecił upust krwi; chory po upływie godziny powrócił do przytomności lecz pozostał odurzony, z dążnością do śpiączki trwającéj po kilka godzin i taki stan trwał przez dni ośm, poczém P. powracając do swego zajęcia uczuł znaczne osłabienie w odnodze dolnéj lewéj i odtąd zaczął lekko kulać. Chory przypomina sobie, że przez 15 dni poprzedzających napad już czuł się niespokojnym, drażliwym, łatwo wpadającym w gniew, i że ciągle był zmuszony drapać się i nacierać ramię i odnogę dolną lewą. Ostatnie te pojawy trwały przez dni dziesięć i po pierwszym napadzie. Po téj zaś przerwie chory pewnego wieczora doznał nowego napadu z temi samemi cechami osłabienia po stronie lewéj. W kilka dni późniéj miał trzeci i czwarty napad, nieco łagodniejszy od poprzednich, po których czuł jakby ciężar w nogach i kulał już bardzo wyraźnie. Mniéj więcéj w kilka dni po ostatnim napadzie wystąpiło zupełne prawie porażenie całéj lewéj strony z ubezwładnieniem odnóg. Stan taki trwał dni 35. Po lewéj stronie twarzy przypadów porażenia nie zauważono. P. udał się do szpitala niemieckiego w Aleksandryi, gdzie go poddano leczeniu jodkiem potasu w wielkich dawkach, tym razem jednak jak sam utrzymuje bez dodatku rtęci. Stan porażenia polepszył się, jakkolwiek chory narzekał stale na silne bóle głowy i niemniéj uciążliwe bicie serca. Z polepszeniem się stanu porażenia nie przyszedł atoli do sił. Wystąpiły bowiem drgawki w odnodze dolnéj prawéj, objaw szczególny, łatwo mogący wprowadzić w błąd leczącego. Po trzech miesiącach leczenia jodkiem potasu powróciły tylko siły w odnodze dolnéj lewéj. P. porzucił szpital, mieszkał czas jakiś w mieście, mógł chodzić po pokoju, na ulicę jednak nie wychodził z powodu bólu głowy i obawy upadnięcia. Z wyjątkiem tego objawu ogólny stan zdrowia P. był zadowalającym. Siły i apetyt powróciły i P. porzucając dotychczasowo nakazaną sobie wstrzemięźliwość, powrócił do zwykłych małżeńskich stosunków. Jednakże w następstwie spółkowania czuł się zawsze bardzo osłabionym, co widocznie wpływało na pogorszenie jego stanu zdrowia. W początkach 1876 roku udał się do szpitala francuskiego w Aleksandryi, pozostał tam trzy przeszło miesiące, gdzie go leczono arniką, jodkiem i bromkiem potasu i pryszczydłami na szyję. Czy jednak z powodu braku zaufania, czy téż przez czysty wybieg, chory nic nie brał z przepisanych sobie leków. Następstwem tego było otrzymanie zaświadczenia lekarskiego o nieuleczności jego stanu. Po wyjściu ze szpitala P. miał kilka nowych napadów z drgawkami po stronie lewéj. Z konieczności udawszy się do Aten, wstąpił do tamecznego szpitala, gdzie był leczony jodkiem potasu. Trzy nowe napady, jakim uległ, zostały uznane za padaczkę. Wyjechawszy wkrótce z Aten, w połowie 1876 roku przybył do Stambułu. Mniéj więcéj przez 40 dni po swym tu powrocie miewał częste i silne napady, powtarzające się co 2gi lub 3ci dzień. Czasem było ich 8—10 w ciągu 24 godzin. Jeden zaś z podobnych napadów trwał 14 godzin i w następstwie sprowadził utratę przytomności trwającą prawie pół dnia. Przypuszczono już zgon chorego, który jednak nagle i nieprzytomny zerwał się i miał siłę wyskoczenia z łóżka. Odtąd chód stał się zupełnie niemożebnym, ból głowy nieznośnym, podobnie jak i w początkach choroby. Do ogólnego zniedołężnienia przyłączyły się kurcze i konwulsyje w odnogach i lewéj stronie twarzy. W ciągu 1878 roku ruch w odnogach zdawał się powracać, częstych napadów nie było, ale za to drgawki w odnodze dolnéj prawéj były bardzo częste i widoczne. Chory stracił wtedy włosy na głowie, zarost jednak wkrótce się odnowił. W tymże samym czasie uskarżał się na osłabienie wzroku i dotkliwe bóle głowy.

Badanie obecne wykazało nam stan następujący: P. jest silnie zbudowany, brunet, nerwowy, blady i przedstawiający układ mięśniowy wychudły w następstwie długiego cierpienia. Inteligencyja przy bardzo słabéj jéj uprawie nie jest dotkniętą. Chory nie może podać żadnych pewnych szczegółów o stanie zdrowia swych rodziców, których znał bardzo mało. W ciągu dnia zwykle wstaje, potrzebuje jednak cienia z powodu światłowstrętu. Szum lub gwar są dlań bardzo nieznośne. Może chodzić ale bardzo mało i to tylko po pokoju, najczęściéj leży lub siedzi na sofie ciągle zacierając ręce, jakby dla wyprowadzenia ich ze stanu odrętwienia. Wsparty przez żonę może dojść do łóżka i przejść nawet pokój, zawsze jednak kulejąc na odnogę dolną lewą. W stanie spoczynku wtedy tylko czuje się wygodnie, gdy ma ustrój nieco skurczony. Głowa zawsze jest pochyloną i silnie podaną na stronę lewą. Śród dotkliwszych cierpień chory pozostaje w łóżku leżąc na brzuchu, w celu uniknięcia wszelkich poruszeń. Czytającą żonę słucha z zajęciem. Od roku nie jest w stanie nic napisać, ponieważ zajęcie to wywołuje natychmiast kurcze po stronie lewéj. Badanie okolicy głównie cierpiącéj dało następne wyniki: Znaczne wychudnięcie odnogi dolnéj lewéj, głównie zaś mięśni wyprostnych, przy upadku widocznym siły mięśniowéj téj okolicy. Leżąc chory zaledwie może ugiąć odnogę lewą, podczas gdy zwrot jéj jest nieprawidłowy, z podeszwą zawsze podaną na zewnątrz. Takiż sam, a być może i jeszcze znaczniejszy, stan zaniku mięśni prawego ramienia. Ręka położona w pozycyi podanéj naprzód, wykazuje zanik mięśni dłoniowych i wyprostnych ramienia z uwydatnieniem kości. Chory może podnieść rękę do wysokości głowy ale tylko z pewną trudnością. Nie jest jednak w stanie wziąść cośkolwiek w rękę, ponieważ cała odnoga podlega drganiom, kurczom oscylacyjnym i kurczom w pewnym stopniu tężcowym. W tedy to chory w celu zmniejszenia drgań, zwykł prawą ręką wywierać silny ucisk na lewe ramię. Głowa pochylona na lewo, bardzo widoczny stan skurczeń mięśnia mostko-obojczyko-sutkowego, lekkie opadnięcie kąta wargi i trudność żucia

stroną lewą. Chory połyka na raz pewną ilość pokarmów płynnych lub posiekanego mięsa, usiłując znaleźć chwilę swobodną do omylenia niejako przypadów tężcowych kurczów występujących z nadzwyczajną szybkością za najmniejszym ruchem. Żadnéj zmiany w głosie lub w czynnościach ruchowych oka. Czucie zachowane w całéj lewéj stronie. Słuch i bystrość wzrokowa prawidłowe, obawa jednak przed gwarem zawsze istnieje. Gdy chory przewiduje zbliżanie się swych napadów, wtedy wzywa żonę prosząc jéj, aby wywierała silny ucisk na głowę, to bowiem sprawia mu pewną ulgę. W nocy bywa czasem stan majaczenia, sen dość dobry. Chory miewa czasem zmazania nocne z wzwodem prącia, zdarza się to co 8—10 dni. Od roku napady kurczowe stały się daleko rzadsze. Przed ich nadejściem chory doświadcza w ręce i nodze lewéj uczucia zimna, poczém wkrótce podnosi się ciepłota w twarzy i szyi po téj saméj stronie. Wtedy zdarza się czasem, że napad nie miewa miejsca. Wreszcie stan kurczów tężcowych zdradza się zwykle następującemi pojawami: gałki oczne silnie przekrwione, głowa i twarz skręcone na lewo, bezładne ruchy odnóg, niepozwalające określić strony, po któréj przeważają kurcze. Po jednéj lub dwóch minutach chory wpada w stan uśpienia, wydając kilka westchnień i powtarzając dźwięk h o n, h o n. W ciągu napadu żadnych objawów krzyku. Podług zapewnień żony P. nie wydziela piany z ust i siła teraźniejszych napadów znacznie osłabła. Utrata zaś przytomności nie trwa nad kilkanaście sekund. Wszystkie inne czynności ustrojowe odbywają się dość dobrze. Przy zachowanym apetycie chory nie może przyjmować jak tylko pokarmy płynne i mniéj więcéj 1000 gram. mięsa drobniutko posiekanego, które połyka z trudnością nie mogąc ich zżuć. Moczenie łatwe; po napadzie mocz przeźroczysty i obfity. Po stronie narządu trawienia i oddechania nic nieprawidłowego nie daje się wyśledzić. Głowa nie zmieniła swego kształtu, po prawéj jéj stronie dotyk odkrywa wklęśnięcie, dozwalające wprowadzenia końca palca wskazującego. Wklęśnięcie to pokryte grubą warstwą włosów, nie przedstawia żadnego śladu blizny, jakkolwiek skóra w tém miejscu zdaje się być mniéj ruchomą. Znaczny nawet ucisk wywarty na tę okolicę wcale bólu nie wywołuje, a tylko, jak się wyraża chory, rodzaj nieznośnego dlań uczucia. Reszta powłok skórnych czaszki nie przedstawia nic szczególnego. Gruczoły limfatyczne szyi i karku są powiększone i bardzo twarde. Gruczoły pachwinowe są twarde, powiększone. Badanie narządu płciowego wykazało powierzchnię białą i lekkie ślady blizny skórnéj w okolicy dolno-bocznéj prącia, na żołędzi i na wędzidełku. Lekki stopień nieżytu gardłowego i kilka zziarnień. Chory namiętnie pali tytuń. Od chwili swego powrotu do Stambułu zasięgał rady licznych lekarzy. Nigdy jednak podług oświadczenia chorego żaden z lekarzy tak w Egipcie jak i w Atenach nie przedstawił mu operacyi za konieczną, pomimo że P. szczegółowo opowiadał im o uderzeniu w głowę i następujących po niém pojawach. Żaden z lekarzy nie wątpił jednak o zakażeniu kiłowém. Przed kilkoma miesiącami Dr. M. po ścisłém zbadaniu chorego rozpoznał: z ł a m a n i e b l a s z k i w e w n ę t r z n é j k o ś c i c i e m i e n i o w é j p r a w é j i radził poddać się trepanacyi. Tymczasem i w celu zmniejszenia napadów kurczowych przepisano choremu chloral w znacznych dawkach. (Dok. nast.)

III. Oceny i sprawozdania.

L e y d e n: Przyroda zakaźna zapalenia płuc dławcowego.

Że zapalenie płuc według pojęć nowszych nie jest chorobą miejscową, jest rzeczą powszechnie znaną [1]); również że należy do chorób grzybkowych, usiłowano już dawniéj dowieść. Zasługą L e y d e n a wszelako jest, że pasorzyty odnośne udało mu się otrzymać wprost z chorego za życia. Za pomocą strzykawki Pravaza wydobył nieco krwi i wypociny z płuca zwątrobiałego i wykazał w nich obfite pasorzyty o pewnych dość cechujących znamionach. Po Klebsie, który w r. 1875 zwrócił uwagę na zakaźne i nagminne powstawanie zapalenia płuc dławcowego, wykrył L e b e r t w przypadku zapalenia płuc i opon mózgowych téż same bakteryje w płynie komórek mózgowych i wypocinie oponowéj. K o c h wykrył je na granicy nacieku zapalnego (w zapaleniu płuc dławcowém) szczególniéj we wnętrzu naczyń krwionośnych, zatkanych nieraz pasorzytami. Najdokładniejsze opisy zawdzięczamy F r i e d l ä n d e r o w i, który wykrył te bakteryje w wypocinie pęcherzyków płucnych.

Do tychże samych wyników doszedł L e y d e n, który zdał sprawę ze swych poszukiwań w „Towarzystwie dla medycyny wewnętrznéj w Berlinie.“

Bakteryje wzmiankowane dostrzegalne dokładnie pomiędzy ciałkami krwi okazywały kształt biszkoptowaty, częścią w postaci *„diplococci“* częścią złączone były w łańcuszki tak, iż pomiędzy dwiema lub trzema grupami istniała znaczniejsza wolna przestrzeń. Ciałka krwi i ciałka limfoidalne z płuc pochodzące, otaczały najdokładniéj owe bakteryje, co dowodzi, że one rzeczywiście z płuc pochodzą, a nie od zewnątrz jako zanieczyszczenia do preparatu się dostały. Ów chory, z którego preparaty te pochodziły, zmarł w 36 godzin po dokonaném nakłuciu. Przy sekcyi, sześć godzin po śmierci uskutecznionéj, zeskrobano z powierzchni przekroju płuc nieco wypociny, w któréj z łatwością można było wykryć nadzwyczajną ilość tychże bakteryj. Najwięcéj ich było w wypocinie pochodzącéj z miejsc zajętych „zwątrobieniem czerwoném,“ mniéj w częściach przejściowych a jeszcze mniéj było bakteryj w „zwątrobieniu szarém.“ Bakteryje te niczém nie różniły się od tych, które spostrzeżono w preparatach za życia chorego zrobionych, tylko rozmiary pasorzytów były nieco mniejsze, być może skutkiem zadziałania barwika. Badania skrawków wyskokowych podały tenże sam wynik. Nadto kładzie L e y d e n nacisk na to, że nakłucie dokonane w dwóch innych przypadkach zapalenia płuc dławcowego dało wynik ujemny, gdyż u jednego cho-

[1]) Okoliczności przemawiające za tém twierdzeniem są następujące: Nader częsty niestosunek między objawami klinicznemi a rozległością zmian anatomicznych. Często stwierdzamy już znaczną gorączkę a brak zmian anatomicznych tłumaczyć ją mogących i naodwrót nieraz wykazać możemy obecność zmian anatomicznych bez istnienia gorączki szczególniéj w okresie przeobrażenia się wstecznego. Sztucznie dotąd nie udało się sprowadzić typowego zapalenia płuc dławcowego. Wreszcie przebieg charakterystyczny wielce przypominający choroby zakaźne. (Zob. J ü r g e n s e n: *Croupöse Pneumonie, Ziemssens Handb.* V, 61). Na znachodzenie się mikroorganizmów w zapaleniu płuc dławcowém już K l e b s przed laty zwrócił uwagę. W 4tym tomie (s. 420) *Arch. f. exp. Pathol.* opisuje on swoiste bakteryje *„Monas pulmonale“* w różnych okresach rozwoju, mające być przenośnikami zapalenia płuc i innych chorób. Doświadczenia wszelako Klebsa mało były uwzględniane, jako niezbyt ściśłe a przez innych autorów niepotwierdzone; zdaje się, że wnioski jego w rzeczy saméj były nieco przedwczesne. *Przyp. Sprawozd.*

rego istniała tylko lekka gorączka późna, a u drugiego zjawiały się tylko nieznaczne nawroty przebytego już zapalenia płuc. Jasną jest tedy rzeczą, dla czego przez punkcyję nie otrzymano bakteryj.

W dyskusyi stwierdza Günther podania Leydena, a Köbner przypomina podobne wyniki stwierdzone u bydląt padłych skutkiem „zarazy płucnéj.“ Friedländer przypomina swe dawniejsze poszukiwania i dodaje, że od tego czasu jeszcze w dwudziestu przypadkach stwierdził stale wyniki poprzednie, na zwłokach wykryte. — Leyden dotyka jeszcze kwestyi zaraźliwości zapalenia płuc dławcowego. Dowodów na to nie ma, szczepienia pozostały dotąd bezskuteczne, czas jednak, jaki upłynął od chwili szczepienia, jeszcze jest zbyt krótki. (*Wien. med. Bl.* Nr. 50, 1882).

Dr. Pisek.

Prof. Frerichs (w Berlinie): **Nagła śmierć w moczówce cukrowéj i coma diabeticum.**

Prof. Frerichs miał sposobność obserwować 400 chorych na moczówkę cukrową. Z pokaźnéj téj liczby wielu chorych zakończyło nagle życie. Obserwacyje te skłoniły F. do bliższego zastanowienia się nad tą kwestyją. Autor dzieli spostrzeżenia swoje w trzy oddziały. Do pierwszego oddziału zalicza diabetyków, którzy najczęściéj po więcéj męczącéj pracy nagle zaczęli opadać z sił, i pośród objawów, charakteryzujących się brakiem przytomności, śpiączką, ziębnięciem odnóg, w ciągu kilku godzin życie zakończyli. Śmierć tę tłumaczy autor porażeniem serca, wywołaném przez zwyrodnienie i zanik mięśnia sercowego, do czego zapewne przyczynić się mogło zwiększenie się przemiany pierwiastków skutkiem większéj pracy ustroju. Do drugiéj grupy zalicza autor przypadki kończące się także niepomyślnie, ale u których przebieg *coma diabeticum* był dłużéj trwającym. Choroba rozpoczyna się od ogólnego osłabienia, przypadów ze strony narządu trawienia, nudności, wymiotów, zatrzymania stolca. Do tych zwiastunów choroby przyłącza się wkrótce silny ból głowy, niepokój, bredzenie, uczucie trwogi, często głębokie wdechy i wydechy, przyśpieszenie tętna, opadanie ciepłoty niżéj prawidła, wreszcie śpiączka i *coma.* Przytém powietrze wydechane czuć jakby owocami lub też woń jego przypomina chloroform lub aceton. Choroba ta trwa 1, 3 do 5 dni. Wyjątkowo zdarza się trwanie tych zmian dłuższe, skutkiem chwilowego polepszenia. Trzeci dział obejmuje przypadki, w których najprzód występuje duszność, uczucie trwogi, napięcie tętnic, ból głowy, wreszcie zawrót, śpiączka i *coma,* przechodzące w śmierć. I tutaj autor spostrzegł właściwą woń powietrza wydechanego.

W przypadkach chorobowych, zaliczonych przez autora do działu drugiego i trzeciego, występuje pewien rodzaj zatrucia. W krwi i moczu znajdują się anormalne ciała jak aceton, i ciało bliżéj nieznane, którego obecność w moczu znamionuje zabarwienie się moczu czerwone (*burgunderroth*) za dodaniem Fe_2Cl_6. Autor uważa to ciało za kwas aceto-octowy. Dziwna rzecz jednak, że ani aceton ani eter aceto-octowy, ani kwas aceto-octowy nie wywołuje takich objawów chorobowych, jakie przypadki tych dwóch grup cechują.

W dodatku do pracy Frerichsa znajdujemy spostrzeżenia prof. Ehrlicha nad zachowaniem się glykogenu w ustroju diabetyków i w ustroju ludzi zdrowych. W nerce znajdował autor glykogen tylko u diabetyków. Ciało to gromadziło się tylko na granicy między istotą korową a rdzeniową, na *isthmus ansarum Henlei.* Kanaliki moczowe, tutaj nieco rozszerzone, są zajęte komórkami dużemi, jasnemi, ostro ograniczonemi. Pierwoszcza ich daje wybitną reakcyję z jodem, odpowiadającą glykogenowi. Również w sercu udało się autorowi wykazać glykogen u kilku zmarłych z moczówki cukrowéj.

Daléj znalazł Ehrlich znaczniejszą ilość glykogenu w nacieku płucnym w cukrzycy, a także, choć rzadziéj i w mniejszéj ilości, w naciekach płucnych towarzyszących innym zmianom chorobowym. To spostrzeżenie doprowadziło Ehrlicha do odkrycia, że ciałka białe, skoro tylko opuszczą naczynia krwionośne, ulegają pewnym zmianom chemicznym: w pierwoszczy ich występuje glykogen.

Wreszcie robił Ehrlich wspólnie z prof. Briegerem i Drem Salomonem doświadczenia nad działaniem acetonu. Aceton użyty wewnętrznie, w ilości nawet 20grm. dziennie, jest dla organizmu nieszkodliwym. W moczu nie okazuje się, ulega więc w ustroju całkowitemu zniszczeniu. Kwas dwuetylo-octowy użyty w takiéj saméj ilości jest również nieszkodliwym. W moczu nie można wykazać acetonu, jakotéż za dodaniem Fe_2Cl_6 nie można wywołać zabarwienia czerwonego. Kwas aceto-octowy, nawet w ilości 40grm., nie jest szkodliwym W moczu nie powstaje zabarwienie czerwone za dodaniem Fe_2Cl_6, ale znajduje się dużo acetonu. (*Ztschr. f. klin. Med.*, 1883, H. 1). *Kopff.*

Dr. K. Breus: **O leczeniu eklampsyi podczas porodu.**

Odpowiednio do metody Liebermeistra stosującego w chorobie Brighta leczenie diaforetyczne, B. i w klinice położniczéj G. Brauna w Wiedniu leczenia tego używał w eklampsyi przed, podczas i po porodzie występującéj, jak niemniéj i u tych ciężarnych, u których znajdowała się hydremija lub puchlina odnóg lub części rodnych. Chorą wkładano do kąpieli 38°C., przylewając zwolna jeszcze więcéj gorącéj wody, aby podnieść temperaturę kąpieli, a potém zawijano chorą w prześcieradła i koce, aby obfite wywołać poty. Kąpiele powtarzano według potrzeby; i tak jedna chora wzięła 45 takich kąpieli. Nadto stosowano w razie częstych drgawek chloral lub wziewania chloroformu.

B. przytacza 11 obserwowanych przypadków eklampsyi, występującéj już to przed, już to wśród, już téż to wreszcie po porodzie leczonéj w zwyż wzmiankowany sposób. Z tych u 10ciu świetny osiągnięto rezultat, gdyż kobiety wyzdrowiały a połóg był łagodny, jedna umarła w skutek zap. otrzewny w 5tym dniu połogu. Była ona zakażona kiłą a płód 3350grm. ważący wydobyto za pomocą kleszczy.

Historyje chorób bardzo dokładne i nader zajmujące, stwierdzające w przeważnéj liczbie przypadków ciężkie formy eklampsyi, są bardzo pouczające i zachęcają do naśladowania tego sposobu leczenia oraz uprawniają autora rzeczywiście do wniosków, które czyni.

Jakkolwiek teoryja powstawania eklampsyi nie jest jeszcze ogólnie i bezsprzecznie przyjętą, to jednak w przypadkach towarzyszącéj albuminuryi i puchliny przypuścić trzeba także sprawę chorobową w nerkach. Zatém nie można poprzestać na usunięciu chwilowém drgawek za pomocą narkotyków, lecz działać należy głównie przeciw właściwéj przyczynie choroby i śmierci, t. j. hydremii, prowadzącéj przez surowicze przesiąknięcie ośrodków nerwowych do porażeń i obrzęku płuc, najczęstszéj bezpośredniéj w tych razach przyczyny śmierci. Temu głównemu więc zadaniu jak najszybszéj poprawy składu krwi odpowiada leczenie diaforetyczne. Akuszerowi nie rozchodzi się i rozchodzić nie mo-

że o zupełne usunięcie zmian chorobowych w nerkach, ale tylko o zniesienie ich chwilowego nasilenia. Chodziło więc z góry tylko o to, czy takie leczenie, teoretycznie całkiem uzasadnione, da się zastosować i u ciężarnych i rodzących, czy nie sprowadzi krwotoków itd.? Otóż obserwacyje B. dowodzą, że i ciężarną, rodzącą lub kobietę tuż po porodzie bez troski w taką kąpiel włożyć można; B. nie widział nigdy żadnych złych przypadłości, radzi téż używać tego sposobu leczenia także u tych ciężarnych, u których oznaki hydremii występują, nie czekając dopiero wystąpienia drgawek. W końcu nadmienia, że już Wigand w swém dziele położniczém, wydaném w roku 1820, pisze, iż „przeciw konwulsyjom ciężarnych i rodzących ze skutkiem używa kąpieli gorących z ziołami aromatycznemi, poczém zawija chore w wełniane koce aż drgawki ustają, nie dając im jednak za wiele pocić się“. *(Archiv f. Gynaekologie,* B. XXI, Z. I).

Dr. Köhn.

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich

Sprawozdanie z posiedzenia członków Wydziału lekarskiego Towarzystwa Przyj. Nauk. poznańskiego z dnia 9 marca 1883.

Obecnymi są koledzy: Drowie Grodzki, Jerzykowski, Kaczorowski, Kapuściński, Koszutski, Osowicki i sekretarz.

Przewodniczy posiedzeniu w zastępstwie kol. Kaczorowski.

Sekretarz odczytuje sprawozdanie z zeszłego posiedzenia, które po krótkiéj wzmiance kol. Koszutskiego, dotyczącéj przypadku kol. Jerzykowskiego, przyjęto i podpisano, poczém zabiera głos kol. Jerzykowski donosząc, że po nakluciu z chełbocącéj zgrubiałości w międzykroczu dość dużo odpłynęło ropy, nabrzmienie zaś znikło, a równocześnie inne stwardnienia, jak np. przy udzie, znacznie zmalały. Przypuszcza więc zimny ropień, który najprzód do śródkrocza, a późniéj do mięśnia uda się spuścił. Pochodzenie ropnia jest mu niewiadomém. Kol. Koszutski zwraca przytém uwagę na to, iż spostrzegł nieraz u osób nadużywających spółkowania płciowego włókniste nasięki ciał jamistych prącia.

Kol. Jerzykowski oświadcza, iż zdarzają się przypadki lekkich chorób pozornie przypominających dur, ustępujących jednak stopniowo już po ośmiu dniach. Choroba ta rozpoczyna się zwykle od kaszlu, bólu głowy i gorączki, która rano 39°C. i więcéj wynosi, a wieczorem aż do 41°C. dochodzi. Wszystko zapowiadać się zdaje dur brzuszny, nawet stolce odpowiadają téj chorobie, powoli jednak objawy te znikają a po ośmiu dniach ciepłota staje się prawidłową. — Kol. Osowicki przypomina, iż opisane przypadki chciano uważać za osobną chorobę, gdy tymczasem jest to tylko lżejsza forma duru *(Typhus laevissimus)*. — Kol. Koszutski spostrzega u dzieci nieżyt dróg oddechowych, zimnicę i żarnice, u dorosłych zaś dość liczne przypadki bólu n. troistego. — Kol. Osowicki leczy obecnie 8 przypadków duru i to wszystko u mieszkańców jednego i tego samego domu na Grobli, nad tak zwaną zgniłą Wartą. Z tych sześć przypadków jest lekkich. Opisuje także przypadek, w którym po zniknięciu tak wysypki tyfusowéj jak i gorączki, nastąpiła wysypka jak w płonicy, potém zapalenie i zgorzelina częściowa płuc. Drugiéj téj wysypki nie umie sobie wytłumaczyć nie mając w swéj praktyce chwilowo żadnego przypadku płonicy. Skłania się do przypuszczenia plamicy. — Dr. Kaczorowski leczy obecnie w szpitalu miejskim chorych durem jelitowym dotkniętych. Pomiędzy przypadkami temi zdarzają się i takie, o których kol. Jerzykowski wspominał, a które kol. Kaczorowski zalicza do lekkiego tyfusu. Zdarzają się i przypadki duru osutkowego, mianowicie w ostatnim tygodniu i to przeważnie z Winiar, z Jerzyc i sąsiedniéj okolicy. W ostatnich zaś dniach przywieziono chorego z Kobylopola z gorączką znamionującą dur lecz bez wysypki. W przypuszczeniu swém, że chodzi o dur wysypkowy *sine exanthemate* utwierdził się kol. Kaczorowski po przywiezieniu drugiego tyfusowego z Kobylopola z osutką. Niebawem i u pierwszego chorego wysypka pokazała się.

Po uwagach kilku innych jeszcze kolegów przystąpił kol. Kaczorowski do przedstawienia 18-letniego pastucha J. Kowalskiego od lat pięciu dotkniętego przewłoczną niezwykłych rozmiarów bębnicą. Według zeznania chorego nabawił się on tego wzdęcia brzucha po spożyciu razem okrągłego i szablastego grochu i owocu niedojrzałego; z początku doświadczał silnego bólu, jakby mu brzuch miał pęknąć, późniéj wielki brzuch nie sprawiał mu dolegliwości, prócz zaparcia stolca i braku łaknienia. Upadając z téj przyczyny na siłach, zgłosił się przed trzema laty do zakładu Sióstr Miłosierdzia, gdzie po sprawdzeniu nieżytu całego przewodu pokarmowego z ogromną bębnicą, a po bezskuteczném doświadczaniu wszelkich wewnętrznych leków (absorbentia, laxantia, tonica, strychn.) dopiero po kilkomiesięczném stosowaniu prądu elektrycznego przerywanego, już to na powłoki brzuszne, już to częścią na brzuch, częścią do odbytnicy, powiodło się kol. Kaczorowskiemu znacznie zredukować, ale nie zupełnie usunąć ogromne rozszerzenia grubego jelita, które jak z konfiguracyi brzucha tak w stanie próżnym, jako téż napełnionym cieczą za pomocą irygacyi wnosić wypadało, główném było siedliskiem bębnicy. Każdy wybryk w dyjecie późniéj nadzwyczaj żarłocznego chłopaka sprowadzał zawsze wzmożenie się gazowéj treści kiszek. Wypuszczony po siedmiomiesięcznéj kuracyi K. wrócił po roku do zakładu w tym samym, co pierwszy raz stanie. Przeczyszczające leki, potém faradyzacyja brzucha, nagniatanie sprowadziły w przeciągu pięciu miesięcy znów względnie stan pomyślny. Niezdolność do pracy z powodu wielkiego brzucha zniewoliła przed kilku tygodniami Kowalskiego do szukania ponownéj pomocy w szpitalu. Chłopak od trzech tygodni cierpiący na zaparcie i pozbawiony łaknienia, wybladły, chudy, zacofanego wzrostu (18-letni młodzian wygląda na 14-letniego zaledwie niedorostka), z powodu ogólnego osłabienia z trudnością tylko chodzi. Brzuch ogromnie wzdęty (mierzy od wyrostka mieczykowatego do spojenia łonowego 8cm., w średnim obwodzie 116cm.) rozpoznać pozwala trzy stykające się ze sobą nierównie eliptyczne wypuklenia, dwa boczne, jedno w górze poprzeczne, odpowiadające trzem działom grubego jelita z odgłosem wszędzie jawnie i nisko bębenkowym, brzuch nigdzie nie jest bolesny, tak że z całą siłą po nim dłonią uderzać można, przepona trochę w górę wepchnięta, żyły ścian brzusznych trochę rozszerzone, zresztą żadnych zboczeń wyśledzić nie można. Po kilku irygacyjach słonéj wody, a następnie kilku łyżkach olejku rącznikowego ruszyły się stolce zawsze trochę śluzu zawierające, wśród przestrzegania dyjety, stosowania płynnych pokarmów łaknienie wkrótce nastało, obwód brzucha zaczyna się pod wpływem rozpoczętéj znów faradyzacyi bardzo powoli zmniejszać; wypróżnienia stolcowe stają się samodzielnemi; wątpić jednak przychodzi, czy zbytnio rozszerzone jelito, z powodu długiego trwania opisanego stanu zapewnie w układzie mięsnym przeobrażone, do prawidłowych rozmiarów jeszcze kiedy powróci [1]).

Kol. Osowicki podaje, że w obec wysokich złamań kości udowéj, gdzie tak trudno u dzieci stosowne założyć opatrunki, z nadzwyczajnie dobrym skutkiem stosuje zawieszenie nogi sposobem Esmarcha i dwa odnośne przytacza przypadki. Ujemną stroną tego sposobu jest łatwe wytwarzanie się odleżyny około kostki. Dr. Jerzykowski zadawala się i w takich złamaniach opatrunkiem gipsowym. — Kol. Koszutski zakłada opatrunek ze szkła wodnego, a kol. Kaczorowski tekturę i szkło wodne. Ostatni zapytuje się, czy który z obecnych kolegów używał już zaleconego w nowszych czasach naftalinu jako środka posiadającego te same własności co i jodoform bez ujemnych tegoż następstw, t. j. łatwego otrucia i przykrego zapachu, na co kol. Jerzykowski odpowiada, że w zakładzie Sióstr Miłosierdzia leczono z nadzwyczajnym skutkiem dwa przypadki łuszczycy za pomocą maści naftalinowéj. Kol. Kaczorowski dodaje nadto, że prędkie ulatnianie się naftalinu czyni zbytecznem zakładanie drenów w odpowiednich przypadkach.

[1]) Przypisek autora nadesłany sekretarzowi późniéj. W trzy tygodnie po przedstawieniu chorego tenże najadłszy się pokryjomu śledzi z kartoflami tak gwałtownego nabawił się wzmożenia bębnicy, że literalnie jak wół wzdęty po mokréj koniczynie bliski był uduszenia i trzeba było jak u bydła dla ocalenia go uciec się do trójgrańca.

Dr. Wicherkiewicz odczytał następnie list kol. Krasowskiego z Zakrzowia doń wystosowany w sprawie używanéj przez siebie w cholerze ze skutkiem oliwy z octem i sosem ogórków kwaszonych. W liście tym Dr. Krasowski, powołując się na materyjały w tym przedmiocie ofiarowane Towarzystwu lekarskiemu krakowskiemu i na wydrukowaną we Warszawie broszurę: „O istocie cholery i pospolitém jéj leczeniu“, podaje do zbadania przedstawione raz jeszcze w załączoném rękopiśmie poglądy swoje na zarazę cholery.

Odczytanie tego rękopismu odroczono do przyszłego posiedzenia, poczém Dr. Wicherkiewicz przedłożył kilka sztucznych ócz fabrykanta Müllera z Wiesbadenu podnosząc wydoskonalenie techniki, która trudne zadanie oddania naturalnego a nieznacznego przejścia tkanki twardéj w tkankę rogówkową w doskonały sposób usunęła. Przytém opisuje sposób prosty lecz wymagający nadzwyczaj wiele osobistéj zręczności przy wyrabianiu ócz sztucznych. Tenże fabrykant pod kierunkiem Dra Wicherkiewicza, podczas służby ostatniego przy klinice w Wiesbadenie, w znamienity sposób odtworzył plastycznie emalią prawie wszystkie ważniejsze chorobowe zmiany na twardówce, rogówce, tęczówce i soczewce lub w utkaniach tychże części zachodzące. Odpowiedni zbiór nadający się doskonale do okazów w celach naukowych pierwszy raz wystawiony został w Filadelfii w r. 1876, gdzie ogólne zyskał uznanie.

W końcu posiedzenia uchwalono wniosek sekretarza, ażeby odtąd posiedzenia Wydziału lekarskiego zamiast we czwartek odbywały się w każdy piątek po pierwszym dniu miesiąca. W ten sposób Wydział lekarski zachowując odrębny dzień posiedzeń uniknie możliwych sporów z Wydziałem przyrodników, a nadto cieszyć się może nadzieją, że piątek będący zazwyczaj w naszych stosunkach wolnym od wszelkich publicznych przedstawień rozweselających więcéj przyciągnie uczestników na posiedzenia do wspólnéj poważnéj pracy. *Dr. B. Wicherkiewicz*,

Sekretarz.

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

(J. S.) Orzeczenia Sądu najwyższego niemieckiego. 1) Rzeźnik, który sprzedawał mięso wągrowate, moczone poprzednio w roztworze soli, został w pierwszéj instancyi uwolniony z powodu, że mięsa takiego nie można uznawać za pożywienie zepsute w myśl ustawy, gdyż przez namoczenie w soli odjęto mu szkodliwość dla zdrowia. Sąd najwyższy był tego zdania, że pojęcie „pożywienie zepsute“ jest w ścisłym związku z następnym wyrazem „zafałszowane“, a gdy wyraz ten obejmuje wszystkie czynności, których celem jest rozmyślne uczynienie pożywienia gorszém, to wyraz „zepsute“ oznacza wszelkie stany pożywienia, które czynią je gorszém bez rozmyślnego udziału ze strony obwinionego.

2) Kradzież cygar nie ma być sądzona, według orzeczenia Sądu najwyższego, jako prosta kradzież lecz jako „przywłaszczenie sobie używki lub pożywienia“ gdyż cygara należy bez wątpienia uważać za używkę, jakkolwiek się ich nie spożywa a dym ich nie zostaje wessanym w organiżmie, to przecież pozostają w ustroju pewne jego składniki, co objawia się u osób palących właściwym wpływem na układ nerwowy. W danym przypadku obwiniony przywłaszczył sobie cygara, aby je wypalić i był do palenia przyzwyczajonym, cygara więc należy uznać koniecznie za używkę. (*Viertjschr. f. ger. Med.*, 1883, kwiecień).

○ Celem zapobieżenia szerzeniu się chorób zaraźliwych przez szkoły wydano w Anglii przepis, który od 1go maja r. b. obowiązywać począł, mocą którego w czasie panowania chorób zaraźliwych na wezwanie władzy sanitarnéj każda szkoła ma być zamknięta lub też niektórzy uczniowie od uczęszczania wykluczeni. Władza szkolna może od tego postanowienia zarekurować, jeżeli je uważa za nieuzasadnione. Prawo to obowiązuje wszystkie szkoły pobierające zapomogę państwową.

○ Śmiertelność z ospy w Londynie. W r. 1881 zmarło według sprawozdania naczelnego Urzędu zdrowia poniżéj 10 roku życia 907 dzieci, mianowicie 782 nieszczepionych, a 125 szczepionych. Ponieważ z liczby dzieci wzmiankowanego okresu życia było 25.000 nieszczepionych a 861.000 szczepionych, to na równą liczbę dzieci nieszczepionych przypada 100 razy więcéj przypadków śmierci na ospę niż pośród szczepionych. Stosunek ten wyraża więc stopień ochrony, jakiéj udziela dzieciom w Londynie szczepienie zwykłe. Według obliczenia wzmiankowanego Urzędu zdrowia liczba dzieci poniżéj 10 roku życia, jaką w Londynie w r. 1881 szczepienie uratowało, wynosi 12.000. Temu przeciwstawić wypada 12 dzieci, które według podania zmarły w skutek szczepienia, a mianowicie, jak się zdaje, wszystkie w skutek róży, komplikacyi szczepienia, któréj można uniknąć przez zachowanie ostrożności śród szczepienia i która prawdopodobnie przez szczepienie wprost ze zwierząt całkiem będzie mogła być usuniętą.

* *Bacillus amoris.* Według Dra Bertheranda (*Gaz. méd. de l'Algérie*) zaszczyt odkrycia tego nowego grzyba należy się pewnemu lekarzowi w Kalifornii praktykującemu. Wychodził on z zapatrywania, że kiła nie jest wynikiem zakażenia świeżego, lecz rozwija się tylko w ustroju usposobionym w skutek zakażenia dawniejszego, a zakażenie to nazwał obłędem miłosnym. Wykrył téż grzyb, będący przyczyną owego zakażenia, a przez dłuższe hodowanie zdołał znacznie zmniejszyć jego jadowitość. Płyn otrzymany zastrzyknął staremu kawalerowi, a następstwem wstrzyknięcia było, że człowiek ten już dnia następnego kazał się ogolić, kupił sobie nowe ubranie, zęby, olejek wonny do włosów, pierścień brylantowy, gitarę i wziął się do czytania poezyj Byrona. Panna 25-letnia po zastrzyknięciu zakupiła kosmetyki i włosy, stała się wesołą, swawolną, śpiewała piosnki nieprzyzwoite, zapraszała sobie młodych kawalerów, skarżąc się na ich nieudolność. Młodzieniec 16-letni poprzednio spokojny i ponury zmienił usposobienie swoje, dopuszczał się rozmaitych dziwactw, pomiędzy innemi siadł do kosza z jajami trzymając przed sobą i wpatrując się w portret młodéj niewiasty. (*D. med. Ztg.*, Nr. 19).

Statystyka epidemij. W tygodniu od 29 kwietnia do 5 maja umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 25,6. Z ospy umarło 1 (0 z. t.); z płonicy 1 (1 z. t.); z błonicy 2 (2 z. t.); z duru osutkowego 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach ospicy, 4 odry, 2 płonicy, 3 błonicy, 1 duru brzusznego, 1 duru osutkowego, 1 róży. W Londynie umarło z ospy od 22—28 kwietnia 1. Świeżo zapadło 7, leczyło się w szpitalach 76. Z ospy umarło w Bombaju 89, w Nowym Orleanie 86, w Madrasie 26, w Roterdamie 24, w Rio de Janeiro 15, w Paryżu 12, w Baltimore i Madrycie po 11, w Petersburgu 9, w Aleksandryi i Maladze po 7, w Amsterdamie 5, w Budapeszcie, Pradze i Walencyi po 3. Odra panuje w Genewie, Glasgowie i Madrycie. Błonica w Amsterdamie. Z duru osutkowego umarło w Londynie, Warszawie i Maladze po 1, w Saragosie 2, w Budapeszcie i Walencyi po 3, w Madrycie 5, w Petersburgu 8. Od 16—31 marca umarło w Rio de Janeiro 137 z febry żołtéj.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 22—28 kwietnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 27,1; w Warszawie 27,6; w Poznaniu 25,2; w Wiedniu 37,0; w Budapeszcie 35,8; w Pradze 40,6; w Berlinie 25,9; w Wrocławiu 28,7; w Gdańsku 20,9; w Kolonii 23,8; w Mnichowie 33,4; w Dreźnie 26,1; w Lipsku 24,6; w Bazylei 19,1; w Brukseli 32,2; w Amsterdamie 34,6; w Hadze 23,6; w Paryżu 30,9; w Londynie 21,6; w Kopenhadze 28,0; w Stokholmie 24,5; w Chrystyjanii 18,8; w Petersburgu 40,1; w Odesie 31,6; w Rzymie 34,2; w Wenecyi 30,5; w Bukareszcie 34,8; w Madrycie 53,7; w Lizbonie 30,5; w Aleksandryi 38,5; w Nowym Yorku 32,3; w Filadelfii 28,4; w Rio de Janeiro 78,3; w Bombayu 30,8; w Madrasie 32,5. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 16 maja. Niezwykła uroczystość promocyi doktora wszech nauk lekarskich *sub auspiciis Imperatoris*, o któréj znaczeniu przed 2 tygodniami uczyniliśmy wzmiankę, odbyła się w sposób nader uroczysty w dniu 12 bm. w amfiteatrze Nowodworskim. Po zajęciu miejsc wyznaczonych przez licznie zebranych członków gron nauczycielskich wszystkich Wydziałów i przez Senat akademicki przybył reprezentant N.

Pana hr. Badeni i równocześnie wprowadzono do sali promować się mającego kandydata p. Rudolfa Trzebitzkiego. Dziekan Wydziału lek. prof. Rydel w krótkiéj przemowie skreślił stan rzeczy i przedstawił kandydata p. Delegatowi, Senatowi i całemu Uniwersytetu. Z kolei przemówił obszerniéj rektor Dr. Pelczar kreśląc jakie zwyczaje zachowywano dawniéj w Uniwersytecie Jagiell. przy promowaniu doktorów medycyny, a przemowę swą zakończył pięknym zwrotem do młodzieży i wezwaniem promotora do dopełnienia aktu promocyi. Po przemówieniu jeszcze p. Trzebitzkiego dziękującego wszystkim tym, którzy przyłożyli rękę do jego wychowania i wykształcenia, nastąpił właściwy akt sponzyi, przyczém rotę sponzyi odczytał w języku łacińskim promotor prof. Dr. Mikulicz, który też potém przedstawił zebranym p. R. Trzebitzkiego jako nowokreowanego doktora. Następnie przemówił jeszcze obszerniéj delegat hr. Badeni wręczając promowanemu piękny sygnet wysadzany dyjamentami z cyframi N. Pana jako dar cesarski. Pamiętną tę i piękną uroczystość zakończyło krótkie przemówienie Rektora i wzniesienie przez niego trzechkrotnego okrzyku na cześć N. Pana, który zebrani powtórzyli.

W czasie tego aktu obszerna sala amfiteatru Nowodworskiego przepełnioną była publicznością obojéj płci i nie zdołała pomieścić wielu, którzy pragnęli zobaczyć ten akt, który w Krakowie dotąd nigdy nie miał miejsca.

* Według nadesłanego nam wykazu w Cieplicach czeskich bawiło do dnia 8 maja gości 274.

* **Wiedeń**. Dnia 5 maja Izba deputowanych Rady Państwa uchwaliła ustawę wielkiéj doniosłości pod względem higijenicznym, mianowicie ustawę o inspektorach przemysłowych. Według téj ustawy Ministerstwo handlu ustanowić ma inspektorów, którzy czuwać mają nad urządzeniami i zarządzeniami odnoszącemi się do ochrony życia i zdrowia robotników, w szczególności zaś winni zwiedzać zakłady przemysłowe wszelkiego rodzaju w przydzielonym sobie obwodzie i czuwać nad usunięciem wszelkich niedostatków pod względem sanitarnym i wszelkich przekroczeń odpowiednich ustaw.

Berlin. D. 10 b. m. nastąpiło uroczyste otwarcie Wystawy higijenicznéj. W wystawie wzięło udział przeszło 1400 wystawców nie licząc 420, którzy nadesłali dzieła. Z Austryi nadesiało przedmioty na wystawę koło 100 wystawców.

Londyn. Królowa angielska ustanowiła nowy order: „Król. czerwony krzyż". Odznaki téj udziela Królowa lub żona panującego damom angielskim i zagranicznym za położone zasługi koło pieczy nad chorymi żołnierzami lub też Siostrom miłosierdzia szczególnie się odznaczającym. Odznakę tę stanowi krzyż czerwono emalijowany ze złoconemi brzegami, na którym umieszczono napis w języku angielskim: „Wiara, Nadzieja i Miłość" i portret królowéj. Krzyż ten ma być noszonym po lewéj stronie na ciemno niebieskiéj wstążce.

* **Wiadomości osobowe**. Dr. Jodko znany okulista warszawski przeniósł się ze względu na stan zdrowia na Litwę, gdzie ma zamiar założyć dom oftalmiczny w Wilnie.

* **Nekrologija. Horodenka**. D. 8 maja b. r. Dr. Teodor Rauch umarł z zapalenia płuc w Horodence, gdzie przez 32 lat trudnił się praktyką lekarską. Studyja lekarskie zaczął w Wiedniu a skończył je i doktoryzował się w Krakowie. Jak wysoko cenił go śp. prof. Dietl dla jego niezwykłych zdolności i prawości charakteru, przekonywamy się z listu pisanego w r. 1858 do zmarłego, w którym go Dietl nazywa chlubą Uniwersytetu Jagiellońskiego, którego był wychowańcem. Lekarskie zdolności ś. p. Dra Raucha cechowała nadzwyczajna bystrość w rozpoznawaniu chorób, którą opierał na ścisłém badaniu i ciągłym postępie z nauką. Ś. p. Rauch był lekarzem z powołania i zamiłowania, opiekunem bogatych, dobrodziejem ubogich, a przytém jako prawy syn kraju rodzinnego przestrzegał zawsze czystości języka ojczystego. To téż tłum ludu wszystkich stanów i wyznań wśród głośnego płaczu i głębokiego żalu odprowadził zwłoki nieodżałowanego na miejsce wiecznego spoczynku, co jak słusznie podniósł przemawiający nad grobem p. Szymanowicz, jest dla zmarłego najpiękniejszą nagrodą i najwymowniejszém uznaniem zasług położonych dla dobra społeczeństwa, w którém żył. Cześć jego pamięci!

W Warszawie zmarł Dr. Napoleon Nowiński b. lek. miej. w Ozorowie. — W Przemyślu zmarł zasłużony obywatel i lekarz Dr. Antoni Haszczyc. — W Marburgu zmarł Dr. Karol Heusinger, prof. patologii i terapii na tamtejszym Uniwersytecie licząc lat 92.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lek.* Nr. 19: Matlakowskiego: Naftalina jako środek opatrunkowy (c. d.); Orłowskiego: O nowoczesném kruszeniu kamieni moczowych sposobem Bigelowa (dok.); Dunina: O operacyjném leczeniu wysięków opłucnéj (dok.).

Do dzisiejszego Nru dołącza się: 1) Sprawozdanie z ruchu i postępu w Zakładzie zdrojowo-kąpielowym w Żegiestowie w r. 1882, oraz 2) Regulamin obowiązujący w Zakładzie wodoleczniczym Fürstenhof.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w **Austryi** 8 złr. 80 c.	w **Król. Polskiém i Ces. Ros.** 6 rsr.	w **Niemczech** 16 mk.	we **Francyi** 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 26 maja 1883. №. 21. Rok XXII.

I. Z kliniki chirurgicznéj prof. Dra Mikulicza w Krakowie.

Przyczynki do Chirurgii.

IX.

Przypadek zeszycia nerwów w 3 miesiące po zranieniu.

Napisał Dr. H. Schramm
asystent kliniki chirurgicznéj.

W 3 numerze bieżącego rocznika Przeglądu Lek. opisałem przypadek zeszycia nerwu wykonanego przez prof. Mikulicza w 8 miesięcy po zranieniu, w którym stwierdzono po operacyi znaczne polepszenie tak co do ruchu jak i co do czucia. Inteligientny chory używa ciągle zalecanego sobie elektryzowania i mięsienia operowanéj ręki, to też polepszenie postępuje zwolna coraz daléj. W pierwszych dniach maja, zatém prawie w 7 miesięcy po operacyi otrzymałem wiadomość, że tak stan odżywienia przedramienia jakotéż i ruchy poprawiły się bardzo znacznie. Chory jest np. w stanie utrzymać w ręce przy wyprostowaném przedramieniu ciężar 5 kilogr., może zatém wykonywać lżejsze roboty, tém bardziéj, że i zginanie palców jest obecnie znacznie dokładniejsze, niż to miało miejsce w chwili, gdy opuszczał klinikę. Najwolniéj wyrównywają się zboczenia w czuciu; ręka operowana jest zawsze chłodniejsza od zdrowéj i bardzo wrażliwa na zimno, przyczém zaraz palce sinieją i bezwładnieją. Od czasu do czasu występuje mrowienie i bóle rwiące w palcach. Możemy jednak mieć nadzieję, że w obec postępującego ciągle polepszenia i te przypady wkrótce ustąpią, że zatém powyższy przypadek zaliczyć można do zupełnie pomyślnych.

Wkrótce po opuszczeniu kliniki przez tego chorego wykonał prof. Mikulicz zeszycie nerwów w drugim przypadku, którego historyję podaję pokrótce.

Józef Brzeziński, lat 24 liczący, wyrobnik, przyjęty do kliniki dnia 25 stycznia rb., podaje, że przed 3 miesiącami skaleczył szkłem przedramie, tuż nad nadgarstkiem. Z tego powodu udał się do szpitala św. Łazarza, który opuścił po 3 tygodniach z raną zgojoną. Ponieważ jednak w zranionéj ręce postradał władzę i czucie, przeto przybył w 2gim miesiącu po opuszczeniu szpitala do kliniki, gdzie znaleziono stan następujący:

Mężczyzna dobrze zbudowany, stan odżywienia nędzny, narządy wewnętrzne zupełnie zdrowe. Na dłoniowéj stronie przedramienia prawego znajduje się blizna linearna zaczynająca się na $1^1/_2$ cm. od wyrostka rylcowego kości promieniowéj, biegnąca skośnie ku górze i wewnątrz i przekraczająca linię środkową przedramienia. Blizna mocno zaciągnięta, z kością nie zrośnięta. Ręka lekko ku dołowi zagięta i ku stronie łokciowéj nieco obwisła; kciuk i palec wskazujący i średni wyprostowane, dwa inne lekko zagięte. Na końcach palca 2 i 3 znajdują się owrzodzenia, które na palcu wskazującym sięgają aż do obumarłéj kości. Przy wyciąganiu téjże chory nie doznaje żadnego bólu; nie czuje téż nawet bardzo mocnego ukłucia na kciuku palcu 2 i 3, połowie zewnętrznéj dłoni i grzbietu ręki. Zakres zupełnéj utraty czucia daje się dokładnie oznaczyć liniją idącą od końca wewnętrznego blizny do połączenia między 3 a 4 palcem; na reszcie ręki czucie zupełnie prawidłowe. Palce 2 i 3 cieplejsze niż inne. Kciuk zimniejszy niż palce zdrowe, chory jednak podaje, że i dwa pierwsze palce były chłodne przed utworzeniem się owrzodzeń na nich, jak w ogóle cała ręka jest ciągle bardzo wrażliwa na zimno. Ruchy w stawie nadgarstkowym prawidłowe, tylko zgięcie grzbietowe niemożebne z powodu bólu w bliźnie. Ruchy palcem 4 i 5 prawidłowe, 3 i 2 może zgiąć tylko do kąta prostego. Kciuk może posunąć nieco ku dłoni, lecz nie może zbliżyć go do palca małego *(paralysis m. opponentis)*, ruchy odwodzące możliwe, zginanie kciuka niedokładne, zwłaszcza nie jest chory w stanie zgiąć członka drugiego tego palca. Odpowiednio temu upośledzeniu ruchów są także zanikłe mięśnie. Czucie na prąd elek-

tryczny zupełnie zniesione w tym samym zakresie co i czucie dotyku. Mięśnie działają dość żwawo z wyjątkiem zginacza i m. przeciwstawiającego kciuka.

W obec tych objawów nie ulegało najmniejszéj wątpliwości, że nerw pośredni i radyalny uległy uszkodzeniu i że przecięte ich końce ze sobą się nie zrosły, a ponieważ znaczne upośledzenie czynności ręki, zwłaszcza prawie zupełne ubezwładnienie kciuka było dla biednego chorego bardzo przykrém, przeto postanowił prof. Mikulicz zespoić przecięte nerwy. Gdy owrzodzenia na palcach przy stósownéｍ leczeniu się zgoiły, przystąpił prof. M. do zamierzonéj operacyi dnia 30 stycznia 1883 r. Po uśpieniu chorego i założeniu opaski Esmarcha wyciął prof. M. całą bliznę, poczém znaleziono łatwo oba końce przeciętych nerwów. Oba nerwy mocno zgrubiałe i bliznowato zwyrodniałe uwolniono na przestrzeni 1 cm. z bliznowatéj tkanki, poczém przystąpił prof. M. do zespojenia przeciętego ścięgna *m. abductoris pollicis.* Pozostało w ranie jeszcze jedno ścięgno należące, jak się to przy bliższém badaniu pokazało, do zginacza ręki radyalnego. Mimo starannego szukania i przedłużenia cięcia ku górze nie udało się odnaleść końca górnego tego ścięgna, które zatém przyszyto wprost do brzuśca mięśnia. Teraz zespoił prof. M. nerwy zakładając po obcięciu bliznowatych ich końców na nerw pośredni jeden szew zwalniający a trzy zespajające, a na radyalny z powodu większego napięcia dwa szwy zwalniające a jeden zespajający, wszystkie z katgutu chromowego Nr. 0. Z powodu znacznego ubytku nerwy dały się zespoić tylko po zagięciu ręki do kąta prostego.

Po zdjęciu opaski elastycznéj wystąpił dość silny krwotok, którego tamowanie z powodu obawy rozdarcia zespojonych nerwów było bardzo utrudnione. Wreszcie założono 2 sączki i zespojono ranę dwoma szwami płytkowemi i 8 węzełkowemi. Rękę ułożono na szynie grzbietowéj zagiętéj pod kątem prostym i umocowano ją w tém położeniu opaską krochmalną. Wieczorem ciepłota 37·2, tętno 84. Znaczne bóle rwiące w palcach nieco sinych, wstrzyknięcie morfinu.

31/1. Bóle w palcach utrzymują się, przy dotykaniu palca 2 i 3 chory skarży się na ból w ranie, ruchy palcami upośledzone. Ciepłota 37·2—37·6, tętno 80—84. Morfin.

3/2. Z powodu silnych bólów w nadgarstku zmieniono opatrunek. Rana *per primam* zlepiona, wyjęto sączki i szwy płytkowe. Badanie palców co do czucia wykazuje stosunek ten sam co i przed operacyją. Ułożono rękę na téj saméj szynie grzbietowéj.

7/2. Do dziś przebieg zupełnie pomyślny, gorączki nie ma całkiem, od czasu do czasu występują bóle w palcach i w ranie.

11/2. Zmiana opatrunku. Rana zagojona. Prof. Adamkiewicz przedsięwziął badanie operowanéj ręki, które wykazało obecność czucia w zakresie przeciętych nerwów, jednak z powodu bolesności rany przy ruchach ręką i stósowaniu prądu elektrycznego wyniki badania nie mogły być pewne.

Umocowano rękę na téj saméj szynie i chory opuścił klinikę mając się zgłosić za tydzień.

Chory jednak polecenia tego nie spełnił i przybył do kliniki dopiero 4 marca. Stan ręki, którą chory ciągle nosił na téj saméj szynie, był wówczas następujący: Rana po operacyi zupełnie zgojona. Ręka pod kątem prostym zagięta nie da się wyprowadzić z tego położenia z powodu bardzo silnych bólów w bliźnie przy usiłowaném wyprostowaniu ręki. Zabarwienie i ciepłota operowanéj odnogi prawidłowe, owrzodzeń na palcach nie ma. Czucie zachowuje się tak samo jak przed operacyją, ruchy palcami jeszcze więcéj upośledzone, prawdopodobnie wskutek zbyt długiego unieruchomienia ręki na szynie.

Rozpoczęto mięsienie i elektryzowanie, oraz dawano choremu codziennie ciepłą kąpiel na rękę. Przy postępowaniu tém stan chorego poprawił się dość szybko. Już w 3 tygodnie czuł wyraźnie prąd elektryczny w dłoni, również poprawiło się czucie w dotyku, tak że chory czuje ukłucie szpilką na dłoni, kciuku i pierwszym członku palca wskazującego i średniego. Ruchy palcami znacznie swobodniejsze, największe trudności sprawia wyprostowanie ręki z powodu silnych bólów w bliźnie. Mimo to wykonywa chory lżejsze roboty. Dnia 27 marca upadł chory na schodach, obtarł sobie kolano prawe, a z małéj ranki rozwinęła się róża i z tego powodu przeniesiono chorego 30 marca na klinikę wewnętrzną. Na miejscu różą zajętém rozwinął się ropień, który po otwarciu zgoił się szybko a dnia 7 kwietnia powrócił chory do kliniki chirurgicznéj, gdzie znów zaczęto elektryzowanie i mięsienie. Polepszenie ruchów i czucia postępowało zwolna naprzód. Chory jednak stracił cierpliwość i nie chciał zezwolić na dalsze mięsienie, sprawiające mu za każdym razem dość znaczne bóle. W dniu opuszczenia kliniki dnia 24 kwietnia, zatém blisko 3 miesiące po operacyi stan był następujący: Rękę da się wyprostować do kąta 160°, dalsze wyprostowanie możebne, lecz sprawia choremu ból w bliźnie. Ruchy kciuka zwłaszcza zginanie i odwodzenie lepsze niż przed operacyją, jednak chory nie jest w stanie zetknąć palca dużego z małym. Muskulatura kciuka zawsze jeszcze słabiéj rozwinięta niż na ręce lewéj. Palec 2 i 3 może zgiąć prawie zupełnie, nie jest jednak w stanie wywrzeć niemi znaczniejszego ucisku. Ukłucie szpilką czuje na całéj dłoni i palcach z wyjątkiem ostatnich członków palca 2 i 3, gdzie nawet bardzo silne ukłucie nie wywołuje bólu; podobnie zachowuje się czucie na prąd elektryczny.

Powyższy przypadek przedstawia niejakie odmiany od poprzedniego, wynikające z powodu niższego miejsca przecięcia nerwów, a zatém i mniejszego obszaru porażenia, a powtóre z powodu, że nerw łokciowy był nietknięty a zatém i ruchy ręki mniéj upośledzone niż to miało miejsce u pierwszego chorego. Natomiast w przypadku tym bardzo wybitne były zmiany czucia; nie mieliśmy najmniejszych śladów wytworzenia się zastępczego działania sąsiedniego nerwu, jakie często napotyka się po uszkodzeniu jednego z nerwów odnogi, zakres utraty czucia był ściśle ograniczony do zakresu rozgałęzienia się nerwu pośredniego i radyalnego na ręce. Ta zupełna utrata czucia była téż przyczyną wytworzenia się owrzodzeń na palcach, które z powodu zupełnéj nieczułości skóry nie mogły się chronić od szkodliwości zewnętrznych; była to ta sama sprawa, jak np. wrzody w rogówce po porażeniu nerwu trójdzielnego.

Wynik operacyi w tym przypadku nie będzie może tak pomyślny jak w poprzednim, lubo mniéj czasu upłynęło między uszkodzeniem nerwu a operacyją i lubo mniejsze gałęzie nerwu były przecięte. Główną tego przyczyną sam chory, który nie stósował się do danych sobie poleceń i nie chciał zezwolić na dłuższe leczenie. Z jego to winy przyszło do wytworzenia się silnego skurczenia ręki, którego częściowe usunięcie kosztowało wiele czasu i trudu, a które było prawie główną dolegliwością dla chorego w chwili, gdy opuszczał klinikę. Mimo to operacyja była dla chorego ko-

rzystną, pomijając już bowiem polepszenie ruchów palcami, to poprawienie czucia na ręce jest dla niego bardzo ważnêm, chroni go bowiem od ponownego wytworzenia się owrzodzeń a zatém umożebnia mu zajmowanie się codzienną pracą.

II. Przypadek pęcherzycy ostréj niekiłowéj u dorosłego

Podał Dr. Fr. Danek,
c. k. lekarz pułkowy w Krakowie.

Opisuję niniejszy przypadek, który spostrzegałem w krakowskim szpitalu garnizonowym, aby przez wzbogacenie kazuistyki w tym kierunku przyczynić się może nieco do wyjaśnienia kwestyi spornéj, dotyczącéj pęcherzycy ostréj, mianowicie czy takową jako chorobę samoistną pojmować należy, lub téż jako objaw choroby jakiego poszczególnego narządu.

Szczepan Pap, żołnierz 60 pułku piechoty, rodem z Węgier, lat 22 liczący, służący w wojsku rok drugi. Matka jego żyje i jest zdrową, ojciec zmarł skutkiem choroby niewiadoméj; on sam z wyjątkiem przebytéj przed 3 laty zimnicy nigdy nie chorował. Dnia 8 czerwca 1882, do któregoto czasu miał się zupełnie dobrze, rozpoczęło się obecne cierpienie od silnego dreszczu, po którym nastąpiła gorączka. Chory nie może podać nawet w przybliżeniu przyczyny choroby, nie przypuszcza zaziębienia, błędu dyjetetycznego lub zażycia jakiego leku. Nazajutrz podczas wizyty rannéj zastał lekarz chorego silnie gorączkującego, spostrzegł kilka małych pęcherzyków na wargach i szyi i odesłał go bez podania leku do szpitala rozpoznawszy zimnicę.

Badanie dnia 10/6 z rana w szpitalu uskutecznione wykazało co następuje: Mężczyzna wzrostu średniego, dobrze zbudowany i odżywiony; zewnętrzne błony śluzowe nieco blade. Na skórze szyi, klatki piersiowéj (z przodu i z tyłu), odnóg górnych, w mniejszéj ilości na skórze brzucha a tylko rzadko rozrzucone na dolnych odnogach znajdują się okrągłe, zaczerwienione, lekko wyniosłe miejsca różnéj wielkości, z których każde pokryte jest kilkoma najczęściéj pęcherzykami wielkości prosa, grochu aż do wielkości orzecha laskowego. Pęcherzyki te wypełnione są treścią czystą, żółtawą a po nacięciach odkrywa się ogołocona z przyskórka, mocno zaczerwieniona i sącząca miazdra. Dokładne badanie poszczególnych narządów wykazuje wszędzie stósunki prawidłowe; chory uskarża się na bóle w członkach; w moczu ani śladu białka, ciepłota wynosi rano 38·2° C., wieczorem 39·4° C.

11 i 12/6. Noce przepędza chory bardzo niespokojnie; pęcherzyki powiększyły się tak co do ilości, jak i co do rozmiarów, ciepłota jak poprzednio.

13/6. Po nocy bardzo niespokojnie przebytéj skarży się chory na uczucie silnego prężenia w miejscach, gdzie się znajdują pęcherze, które zwłaszcza na piersiach i na ramionach doszły do wielkości jaja gołębiego a nawet po nad takową. Ciepłota jak poprzednio. Naciąwszy pęcherze większych rozmiarów i usunąwszy przyskórek polano miejsce rozmienione kilkoma kroplami rozczynu jodoformu w eterze; po wyparowaniu eteru pozostaje bardzo delikatna warstwa jodoformu jednostajnie do powierzchni rany przylegająca, które ma, ile możności, zapobiedz ropieniu; dla złagodzenia silnego palenia, jakie powstaje przy polewaniu powierzchni rannéj, dodano do eteru 25% *Ol. Oliv.*, który téż środek okazał się skutecznym. Podano *1·00 Chin. sulf.* Postępowanie to powtarzano codziennie aż do 18/6. Część nieprzeciętych pęcherzyków zasycha pozostawiając bardzo cienką suchą skorupę; ciepłota pomimo chininu utrzymuje się na téj saméj wysokości.

19/6. Po niespokojnie przebytéj nocy bez poprzedzającego dreszczu ciepłota z rana podniosła się do 40° C. Po stronie zgięcia stawów i na grzbiecie widoczne są wyraźne wybroczyny w miazdrze niektórych pęcherzy. Treścią pęcherzy jest ciągle wyżéj opisany, czysty, żółtawy płyn surowiczy.

20/6. Oprócz wyraźnego powiększenia się ilości pęcherzy, tak, że tułów gęsto jest niemi obsypany, wytworzyły się małe pęcherzyki na błonie śluzowéj lic, warg, na brzegach języka i podniebieniu; pęcherzyki te ułożone na prawidłowéj niezaczerwienionéj błonie śluzowéj dochodzą zaledwie wielkości soczewicy, mając również treść przeźroczystą; ciepłota z rana 39·8° C, wieczór 40° C.

21—23/6. Treść niektórych pęcherzyków jest ropną, na grzbiecie niektóre miejsca skóry są pozbawione przyskórka z powodu zlania się pecherzy aż do wielkości dłoni i ich pęknięcia; stan ten jest dla chorego nadzwyczaj męczący; ciepłota waha się między 39·1° C. a 40·6° C. Ogołocone miejsca skóry oczyszcza się i pokrywa maścią borową Listera, którą się codziennie zmienia.

24/6. Stan ten sam. Wynik rozbioru moczu następujący: Barwiki w ilości zwiększonéj, mocznik w prawidłowéj, kw. moczowy w zwiększonéj, chlorki nieco zmniejszone, fosforany i siarkany zwiększone, białko w ilości nieznacznéj, lecz jeszcze wyraźnie spostrzegalnéj.

25—26/6. Chory widocznie podupada, występuje silna biegunka a w nocy bredzenie; piersi i grzbiet przedstawiają obraz oparzenia pierwszego stopnia. Obok wyżéj wspomnianych delikatnych suchych skorupek, pokryty jest tułów licznemi strupami ropnemi, na grzbiecie ropienie jest bardzo obszerne. Ponieważ stan chorego z powodu ciągłéj wysokiéj gorączki przy zupełnéj niemożności utrzymania ciała w czystości stał się nadzwyczaj przykrym, postanowiono zastósować kąpiel stałą, co 27/6 w następujący sposób uskuteczniono: do wanny napełnionéj wodą ogrzaną do 38° C. zaopatrzonéj prostym przyrządem dla podparcia głowy włożono chorego; z naczynia umieszczonego powyżéj wanny przeprowadzano za pomocą rury kauczukowéj ustawicznie wodę ogrzaną do 39°, która celem dezinfekcyi przez domieszkę *kali hyperm.* bladoróżowo była zabarwioną, podczas gdy równocześnie podobnym przyrządem sięgającym dna wanny równą ilość wody odprowadzano; ciepłomierz umieszczony w wannie sprawdzał ustawicznie temperaturę wody. Już po upływie godziny opada ciepłota chorego na 37·5° C., w południe wynosi 37·3° C.; biegunka zupełnie ustaje, uczucie podmiotowe chorego polepsza się wyjąwszy wielkie osłabienie i senność. Jako lek pobudzający podano mocne wino i wstrzyknięto podskórnie *Aeth. sulf.*

28/6. Przez całą noc chory drzemie, osłabienie zwiększa się, cała skóra jest zmacerowaną i ogołoconą z przyskórka w miejscach, gdzie poprzednio były pęcherze. Ciepłota 37° C. O godzinie 11 przed południem następuje śmierć.

Sekcyja oprócz opadowego zapalenia płuc obu w tylnych dolnych częściach nie wykazała nic nieprawidłowego w reszcie narządów.

Nie podlega wątpliwości, że mamy tu do czynienia z *Pemphigus acutus* a nie z inną chorobą pęcherzykową lub też jaką chorobą zakaźną, połączoną z nieprawidłowém two-

rzeniem się pęcherzy; przemawia zatém zajęcie całego organizmu, ciągłe tworzenie się nowych pęcherzy, podczas, gdy poprzednie zasychają, z silnym dorzutem pęcherzy dnia 20/6, po którym pokazały się także pęcherzyki na języku i t. d., wreszcie wytwarzanie się cechujących pęcherzy różnéj wielkości bez poprzedniego tworzenia się guzków i t. d.

Pytanie, czy tę chorobę jako samoistną pojmować należy, lub téż jako objaw chorobowy innych narządów, nie daje się wprawdzie na podstawie jednego przypadku rozstrzygnąć, przypadek jednak ten mógłby się do rozstrzygnięcia pytania przyczynić. Po zestawieniu licznych przypadków opisanych jako *Pemphigus acutus non syphiliticus* stara się Dr. Riegel w *W. Med. Wochenschrift* udowodnić, że obrazu tego chorobowego nie trzeba pojmować jako samoistny, wskazując w każdym przypadku na schorzenie pewnego narządu i przypuszcza związek przyczynowy z tworzeniem się pęcherzy. W przypadku opisanym przez Purjesza, który z naszym dalekie ma podobieństwo, nie wykazano przy sekcyi żadnéj choroby jakiegokolwiek narządu, z powodu czego przypuszcza Dr. Riegel możebne schorzenie rdzenia pacierzowego, którego przy sekcyi nie badano. W naszym przypadku wyjęto i rdzeń, a ponieważ spostrzegano na tylnéj jego powierzchni w okolicy 7 i 11 kręgu piersiowego dwa obrzmienia wielkości bobu, przeto uproszono p. prof. Adamkiewicza o dokładne zbadanie okazu; tenże uznał owe małe obrzmienia jako wytworzone sztucznie przy wyjmowaniu rdzenia. Najdokładniejsze badanie mikroskopowe rdzenia stwardniałego w kwasie pikrynowym i alkoholu i poddanego działaniu różnych barwików nie wykazało nawet śladu zmiany chorobowéj. Niektóre zwoje międzykręgowe, a mianowicie 1szy szyjny, 7 piersiowy i 4 i 5 lędźwiowy, zdawały się nieco zgrubiałe i twardsze, jednakże równie dokładne badanie drobnowidowe jak i dokładne porównanie z innemi widocznie zdrowemi zwojami nie wykazało żadnéj sprawy chorobowéj.

W pracy, która się ukazała w „*Annales de Dermatologie*“ z r. 1881 stara się Spielmann udowodnić, że choroba w mowie będąca jest zakaźną a wyżéj opisane objawy kliniczne (rozpoczynający dreszcz, późniejszy białkomocz i zejście śmiertelne) przemawiają w naszym przypadku za tém przypuszczeniem. Również wykrył Gibier, uczeń Pasteura, w treści pęcherzyków i w moczu cierpiącego na *Pemphigus* właściwe téj chorobie prątki (*Annales de Dermatologie* 1882, Nr. 2) i dla tego przypuszczenie, że choroba jest zakaźną, uważa za usprawiedliwione; wprawdzie dotąd nie przemawia za niém żadna dodatnia próba szczepienia, co jednak winno być zadaniem dalszych badań.

III. Tylne przyczepiny tęczówki w obec jaskry.

Napisał Dr. Z. Kramsztyk w Warszawie.

Kolega Talko w Nrze 18 Przeglądu Lekarskiego podnosi rzucone przezemnie pytanie i odpowiada na nie przecząco i ze stanowiska teoretycznego i na zasadzie trzech obserwacyj, które przytacza.

Rozumowanie teoretyczne jest następujące. Uczono kolegę Talkę, że przednie przyczepiny tęczówki wywołują rozmaite ciężkie cierpienia oczu, a między temi i jaskrę; trudno więc koledze T. przypuścić, aby przyczepiny tylne mogły w obec jaskry dodatni wpływ wywierać. Trudności téj nie pojmuję dobrze. I przednie i tylne przyczepiny częściowo unieruchomiają tęczówkę, o tyle stany te są podobne. Po za tém wpływ ich na oko jest bardzo różny. Odnośnie do jaskry nie może być rzeczą obojętną, czy tęczówka do rogówki przyrosła, czy do soczewki. Kąt pomiędzy rogówką a tęczówką zawarty gra bardzo ważną rolę w teoryjach jaskry, a niewątpliwie i w naturze. Skoro tęczówka ku przodowi przyrasta, ten kąt, ten przestwór się zacieśnia, rozszerza się i otwiera przy tylnych przyczepinach. Jest to, jak widzimy, różnica zasadnicza. Wreszcie żądać można od teoryj, aby ze spostrzeżeniami były w zgodzie, ale nie na odwrót. W tego rodzaju kwestyjach rozumowanie teoretyczne nie może mieć znaczenia rozstrzygającego.

Co do faktycznéj strony kwestyi to kolega T. podaje trzy króciutkie obserwacyje, bardzo źle dobrane. Jeżeli kol. T. chciał na przypadkach chorobowych dowieść, że przyczepiny tylne na przebieg jaskry nie wpływają dodatnio, to należało innych spostrzeżeń poszukać. Przyczepiny tylne istnieją od dawna, a jaskra się rozwinęła; w czasie trwania jaskry utworzyły się przyczepiny tylne, a objawy chorobowe nie ustąpiły. Mojém zdaniem tylko takie przypadki miałyby siłę przekonywającą. Zapewne takie spostrzeżenia nie zdarzają się codziennie i wiem o tém, bo przez czas długi znalazłem tylko trzy, na zasadzie których mogłem wcale nie udowodnić, ale wypowiedzieć swoje przypuszczenie. Kolega T. nie był tyle cierpliwy. Znalazł natychmiast trzech chorych i to nie z własnéj obserwacyi ale w obcym szpitalu a więc prawdopodobnie raz ich tylko widział i na téj zasadzie wypowiada zdanie stanowcze. Przypadki te mogły tylko dowieść, że przyczepiny tylne i objawy jaskry istnieć mogą ednocześnie. Łatwo pojąć, że zestawienie takie rozstrzygającego znaczenia mieć nie może. W każdym razie przypadki czegoś dowodzićby mogły, gdyby były proste, niezawikłane i opisane dokładnie.

W pierwszym przypadku nowotwór jednéj gałki, w drugim zagłębienie jaskrowe nerwu pomimo przyczepin i zrobionéj operacyi. Kiedy się przyczepina wytworzyła nie wiadomo; czyż po przyrośnięciu tęczówki do soczewki zagłębienie nerwu wypełnić się miało? „Bystrość wzroku pogarsza się stopniowo;“ to bardzo prawdopodobne, ale zkąd kol. T. wie o tém, jak dawno chorą obserwował? Cóż z tego przypadku można wywnioskować?

U drugiego chorego „*irido-chorioiditis, glaucoma inflammatorium;*“ czyż takie rozpoznanie bez dokładnego opisu budzi w umyśle czytelnika obraz wyraźny i czy z tak zawiłego przypadku można co odczytać? Ażeby poznać stosunek przyczepin do podwyższonego ciśnienia, czyż nie należy wybrać przypadków, gdzieby nie było innych zmian chorobowych?

Jednego kol. T. nie zaniedbał. Podał nazwiska chorych i powołuje się na świadectwo dwóch wiarogodnych kolegów; wątpić nie można, że tych chorych widział, ale tu nie o takie szło dowody.

Zastrzegam raz jeszcze, że nie czuję się w obowiązku ani w możności bronić przypuszczenia, które podałem z całą wątpliwością, jaką dobrze czuję; chciałem tylko okazać, że dowodzenie i spostrzeżenia, przez kol. T. podane, wątpliwości nie zniosły.

IV. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od r. 1879 do 1882.

Podał Dr. Emanuel Rosenblatt.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 19).

3) Jacek Piechna, chłopiec 1-roczny, dość dobrze od-

żywiony, przyjęty do szpitala 27 stycznia 1881 dla nieżytu oskrzeli miernego stopnia. Prócz obrzęku gruczołów karkowych po obydwu stronach żadnego innego zboczenia nie stwierdzono. 29/1 wystąpiły nagle i niespodziewanie drgawki przerywane, ogólne, zaledwo kilka minut trwające, które w ciągu dnia jeszcze trzy razy się powtórzyły. Żadnych zresztą innych objawów ze strony narządu nerwowego nie spostrzeżono, również i ciepłota nie była podwyższoną; 30/1 w nocy jeszcze raz drgawki się powtórzyły, lecz już o wiele słabsze, rano dziecię przedstawia się jak zazwyczaj, apetyt jest dobry, wypróżnienia normalne, humor wesoły. Odtąd drgawki więcéj już nie wystąpiły, chociaż dziecię zapadło 11 lutego na odrę, rozpoczynającą się od dość znacznéj gorączki a powikłaną zapaleniem płuc, któremu 15 lutego uległo.

Sekcyja wykonana 16/2 z rozpoznaniem: *Pneumonia lobularis praecipue sinistra c. bronchitide diffusa, catarrhus intestini tenuis, hyperplasia glandular. bronchialium.*

4) Jan Głowacki, chłopiec $5^1/_2$ letni, miernie odżywiony, przyjęty 28 kwietnia 1881 z naciekiem gruźliczym płuca lewego. Poprzednio jednak przebywał już w roku 1880 czas dłuższy w szpitalu z powodu krztuśca, wśród którego wystąpił także obraz tetanii, o czém na inném miejscu bliższe szczegóły podane będą, lecz chory wyszedł zupełnie wyleczony. Obecnie stan jego przedstawia się jak następuje: Chory miernie odżywiony, na skórze czaszki wyprysk, za uchem prawém mały ropień, gruczoły karkowe i podszczękowe obrzękłe. Nad lewym szczytem płuca odgłos wypukowy przytłumiony, wdech chuchający, w reszcie obydwu płuc nieżyt oskrzeli; brzuch miernie sklepiony, śledziona przy wdechu macalna, kaszel mierny i rozwolnienie nieznaczne. W sferze ruchowéj, zmysłowo-czuciowéj i psychicznéj zboczeń nie ma. 30/4 Chory miał w ciągu dnia 11 napadów drgawek klonicznych, ogólnych, występujących w nieregularnych odstępach z chwilowém tylko zniesieniem przytomności, trwających od 30 sekund do kilku minut. Nie gorączkuje, mocz białka nie zawiera, stolców 5. 1/5 od wczorajszéj wieczornéj wizyty do rana napadów drgawek 14. Już po zjedzeniu śniadania o g. 8 rano zmarł nagle przy zupełnéj utracie przytomności po krótko trwającym ataku drgawek.

Sekcyja wykonana 2 maja 1881 wykazała: *Degeneratio glandularum bronchialium caseosa subs. infiltratione tuberculosa pulmon. sinistr., Catarrhus intestini tenuis chron., hyperplasia gland. mesaraic. ac degeneratio caseosa, melanosis lienis et corticis cerebri.* Daléj co do ośrodków nerwowych: Opony prawidłowe; zwoje mózgu wydatne, rowki głębokie, na przekroju kora prawidłowo szeroka okazuje miejscami zabarwienie z wyraźnym szarawym odcieniem, dość znacznie różniące się od zabarwienia różowawego reszty kory. Odgraniczenie od rdzeniowéj istoty prawidłowe, miąższ blady spójności prawidłowéj, komórki mózgowe prawidłowe. Móżdżek i rdzeń przedłużony jakoteż kręgowy prawidłowe.

W przypadku tym zarówno jak w przypadku 2gim napotykaliśmy na zmiany chorobowe w niektórych narządach a jednak drgawek do nich odnieść nie możemy. I tak zmiany w płucu lewém są tak nieznaczne, bo naciek zajmuje tylko ograniczone miejsca jednego płatu a płuco prawe jest zupełnie zdrowe, że nie można przypuścić, ażeby nacieki te wpłynąć mogły na krążenie, mianowicie w czaszce. Wywodzić drgawki od ucisku gruczołów oskrzelowych serowato przeobrażonych i obrzękłych na nerw błędny jest zanadto śmiałém, tłumaczyć je na drodze odruchu skutkiem nieżytu jelit uchodziłoby tylko, gdyby nieżyt ten przebiegał ostro, a dziecko było młodsze; napadu zimnicy w obec częstego powtarzania się drgawek w ciągu dnia a zupełnie prawidłowéj ciepłoty przypuścić nie możemy; co się wreszcie tyczy melanozy kory mózgowéj, to była ona sprawą już starą i mogła być przyczyną wystąpienia w swoim czasie tężca, obecnych zaś drgawek do niéj odnieść nie należy. Dla tego téż przypadek ten zaliczyłem pomiędzy drgawki samoistne a to tém bardziéj, iż nie tylko przyczyna drgawek ale także i przyczyna tak nagłéj śmierci nawet przez sekcyję wykrytą nie została.

B) Padaczka.

Padaczki w ciągu całego trzechlecia od 1879 do 1882 spostrzegaliśmy tylko przypadków 7 a i te także mierne tylko budzą zajęcie, raz dla tego, że wywiady bardzo są niedokładne a podane daty tylko z wielką rezerwą, ze względu na inteligencyję i stosunki rodzinne oddających dzieci do szpitala, przyjąć należy, a powtóre, że przypadki te nie przedstawiały ani co do postaci, w jakiéj padaczka występowała, nic osobliwszego, ani téż co do przebiegu lub wreszcie skutków leczenia. Dla tego téż ograniczę się tylko do jak najkrótszego podania odpowiednich historyj chorób, zostawiając sobie uwzględnienie reszty do omówienia poszczególnych przypadów padaczki. Historyje te są następujące:

1) Katarzyna Kukla, dziewczyna 6cioletnia, miernie odżywiona, przyjęta 4go grudnia 1878; obwód czaszki 0·51, wymiar prosty $0·17^1/_2$, poprzeczny 0·13. Cierpi dopiero od 3ch miesięcy, pierwszy atak padaczki wystąpił po przestrachu, napady wybitne. 11/4 1879 wyszła nieuleczona.

2) Katarzyna Rogoszówna, dziewczyna 5 letnia, miernie odżywiona, przyjęta 30 grudnia 1878; obwód czaszki 0·50, wymiar prosty 0·17, poprzeczny 12. Chora od 5ciu miesięcy, pierwszy napad miał wystąpić po przestrachu, napady mniejsze *(petit mal)*, opuszcza szpital 14 marca 1879, wraca 21 marca z napadami wybitnemi *(haut mal)*, przebywa zapalenie opłucnéj i wychodzi wreszcie 10 maja 1879 prawie w tymże samym stanie co przyszła.

3) Jan Dziador, chłopiec 9cioletni, dobrze odżywiony, ze zboczeniem w odżywieniu zołzowém, przyjęty 15 maja 1879. Obwód czaszki 0·52, wymiar prosty $0·17^1/_2$, poprzeczny $0·14^1/_2$ m. Oddany dla *Eczema pruriginosum* cierpi nadto na *catarracta incipiens oculi utriusque.* Podczas pobytu w szpitalu skonstatowano jeden napad padaczki. 20 lipca 1879 opuścił zakład.

4) Stanisław Kowalski, chłopiec 12-letni, dosyć dobrze odżywiony, przyjęty 15 października 1879. Obwód czaszki 0·50, wymiar prosty 0·1., poprzeczny 0·14. Napady wybitne, 28/12 opuścił szpital nieuleczony.

5) Barbara Bastrówna, dziewczyna 9 letnia, dobrze odżywiona, ze zboczeniem w odżywieniu zimniczém, przyjęta 21 października 1879. Obwód czaszki 0·50, wymiar pr. 0·17 poprzeczny $0·15^1/_2$. Nos u nasady szeroki, przypłaszczony, kości nosowe pod kątem szerokim rozwarte, część chrzęstna nosa zapadła, błona śluzowa owrzodziała. Gruczoły karkowe powiększone, twarde. Podczas pobytu w szpitalu zauważono 2 napady padaczki. 16/11 wyszła.

6) Teofila Stachowska, dziewczyna 8-letnia, dosyć dobrze odżywiona, przyjęta 23 sierpnia 1880. Obwód czaszki 0·50, wymiar pr. $0·16^1/_2$, poprzeczny 0·15. Sine obwódki około oczu, przeczulica zwłaszcza brzucha, wymioty. Zauważono 1 napad wybitny. 5 września wyszła.

7) Ruchla Strzegowska, dziewczyna 7 letnia, dosyć dobrze odżywiona ze zboczeniem w odżywieniu krzywiczém

bardzo znacznego stopnia, przyjęta 19 lipca 1880. Obwód czaszki 0·48, wymiar prosty 0·16, poprzeczny 0·14. Ma cierpieć na padaczkę od lat 2, zostaje na niskim stopniu rozzwoju umysłowego, nie mówi. Napadu wcale nie zauważono, mimo że pozostała z powodu zmian na kośćcu i przedsięwziętego złamania obydwu przedudzi (*redressement forcé*) z następowym opatrunkiem gipsowym do 24 sierpnia 1880. Natomiast w roku 1881 napowrót do szpitala się zgłosiła i od 2 sierpnia do 21 października była w obserwacyi, podczas którego to czasu miewała częste napady typowe padaczki.

Rozważmy teraz zbiorowo przypadki powyższe tak co do etyjologii jak i co do saméjże postaci chorobowéj. I tak co się tyczy etyjologii, to przedewszystkiém w żadnym z powyższych przypadków nie można było wykazać dziedziczności cierpienia, którą Demme w 44% przypadków przypuszcza. Tyczy się to zarówno saméjże padaczki, jak i innych cierpień układu nerwowego jakotéż cierpień umysłowych: wszystkie dzieci pochodzić miały z rodzin niedotkniętych powyższemi chorobami. Ujemne również wyniki dały wywiady co do alkoholizmu rodziców, wielkiéj atoli wagi, jak już przedtém powiedziano, wywiadom tym przypisać nie można, gdyż często w sferach tych, do których nasi pacyjenci należą, i rodzice właściwi nie są znani, albo téż przyprowadzający dzieci do szpitala, czy to skutkiem ograniczenia, czy téż skutkiem rozmysłu, w odpowiedzi na zadawane pytania z prawdą się mijają.

Co do wieku, w którym pierwszy napad padaczki wystąpił, to rzecz ma się jak następuje:

w 5. r. ż. rozpocz. się padaczka w przyp. 2 (Nr. II i VII)
w 6. „ „ „ „ „ „ „ 1 (Nr. I)
w 7. „ „ „ „ „ „ „ 1 (Nr. III)
w 8. „ „ „ „ „ „ „ 1 (Nr. VI)
w 9. „ „ „ „ „ „ „ 1 (Nr. V)
w 11. „ „ „ „ „ „ „ 1 (Nr. IV)

we wszystkich zatém przypadkach wystąpiła w wieku dziecięcym późniejszym.

Co do płci: chłopców było tylko 2ch, dziewcząt 5.

Co do zboczeń w odżywieniu, to w przypadku VII zachodziła krzywica bardzo znacznego stopnia, w przypadku III zołzy, podczas gdy w przypadku V znaleźliśmy zmiany budzące podejrzenie co do przebytéj kiły. (C. d. n.)

V. O leczeniu błonicy.

Napisał **Dr. Paczkowski** w Pelplinie [1]).

Żadna choroba tyle nie zwróciła w ostatnim lat dziesiątku uwagi na siebie, jak błonica (*diphtheria*), o żadnéj tyle w czasopismach nie pisano. Powodem tego bezustanne prawie epidemije i morderczość choroby przerzucającéj się z miejsca na miejsce i tworzącéj znaczne szczerby w szeregach rodzinnych. Na polu zabiegów lekarskich powstała mrówcza ruchliwość. Do obfitego źródła lekarstw sięgano po coraz to inne środki ku zwalczeniu téj morderczyni dziatek; czasopisma zapełniły się doniesieniami o dobrych skutkach tego lub owego środka, każdy swój sposób leczenia zachwalał, nawet niejedni o dobrém powodzeniu zapewniali: ale badania téj zalecanéj broni wykryły dotąd wszędzie niedostatki.

Od czasu przejscia u nas błonicy ze szczupłego pola wegetacyi na bujne pole popłoch szerzącéj epidemii, jaka na początku tego stulecia we Francyi panowała, to jest od roku 1868, nie pominąłem ani jednego zalecanego środka i zdobyte pod tym względem doświadczenia uważam za zasługujące na ogłoszenie. We Francyi przyczynił się przedewszystkiém nieśmiertelny Trousseau do rozpowszechnienia hasła: „Zniszczyć złe w zarodzie“. Azotan srebrowy już to w mocnym rozczynie, już téż to jako kamień piekielny, i mocny rozczyn siarkanu miedziowego były w ręku francuskich kolegów niepoślednią bronią ku zwalczeniu tak zuchwałego przeciwnika, a Dr. Bonsergent poszedł nawet w swym zapale tak daleko, że wyruszył w pole z bronią ciężkiego kalibru, z rozpaloném żelazem. Daleki od przyklaśnięcia temu gorliwemu koledze muszę jednak stanąć po stronie pierwszych.

U nas chwycono z góry za pędzel. Rozczyn azotanu srebrowego przenoszono skrzętnie w krótszych lub dłuższych odstępach czasu na chore miejsca, ale po części nieumiejętność wykonania téj czynności, a przedewszystkiém opór stawiany ze strony dziatek, były powodem miernego tylko powodzenia a skutki niedostateczne zmusiły nas do szukania lepszych i dogodniejszych środków. Zanim przystąpimy do ich rozbioru, odpowiemy na dwa inne pytania. Najprzód: czy chory na błonicę bez leczenia może odzyskać zdrowie? Na to pytanie odpowiedzieć musimy twierdząco. Literatura wspomina o takich przypadkach i nam się także zdarzały. Lud wiejski ubogi, już to niedbały o chore dziecko, już to dla ubóstwa niemogący szukać pomocy lekarskiéj, pozwala chorobie albo dziecko zadławić, albo saméj się łaskawie oddalić i potém przedstawia nam dziatki mówiące niewyraźnie i niemogące połykać płynów, które nosem napowrót odpływają. Dowiadujemy się od nich, iż bezwładność ta mięśni to skutek choroby gardła, błonicy. Drugie pytanie odnosi się do rozmaitości choroby co do przebiegu. Po podniesieniu się ciepłoty ciała o dwa i więcéj stopni i powstaniu bólu w gardle spostrzegamy na błonie śluzowéj lewego lub prawego migdałka, rzadko na obu razem, białą plamę wielkości ziarna konopnego lub grochowego. Natura jéj znana, ale zwrócić wypada uwagę na dwie nierówne właściwości jednéj i téj saméj choroby. Najczęściéj widzimy plamę, jakoby wrosłą w tkankę błony śluzowéj i nieco wystającą nad powierzchnię otoczenia, a rzadko tylko cienką błonę śluzową pokrywającą. Pierwsza rośnie po większéj części wolno pod względem grubości i szerokości i albo nie przechodzi wcale na drugi migdałek albo dopiero po dwóch, trzech lub kilku dniach. Czasem już drugiego dnia po ukazaniu się plamy grzybkowéj napotykamy znaczne obniżenie i ciepłoty i tętna bez przyłożenia naszéj ręki, a dnia trzeciego lub czwartego spostrzegamy przy badaniu gardła brzegami odczepioną od spodu powłokę grzybkową i w tychto prawdopodobnie przypadkach czasem chory do zdrowia powraca bez użycia środków lekarskich. Ale niestety takich przypadków niewiele i większa część przebiega w ten sposób, że grzybek się szerzy daléj i zabija albo przez ogólne zakażenie albo przez dosięgnięcie krtani. Nie może tu ujść baczności ta okoliczność, że powłoka grzybkowa sięgająca zarazem w tkankę błony śluzowéj mniéj spiesznie rośnie wszerz, jeżeli sama po wyczerpnięciu, że tak powiem, sil wcześnie nie odpadnie. Po odczepieniu się jéj od spodu zostanie na powierzchni błony

[1]) Zamieszczamy niniejszą rozprawkę, z zastrzeżeniem, że ani nie podzielamy wszystkich zapatrywań szan. autora, ani nie piszemy się bezwzględnie na jego sposób leczenia. *Redakcyja.*

śluzowéj płytki wrzód, pokryty tu i owdzie cienką powłoką ropy. Inny zupełnie mają przebieg przypadki, w których powłoka grzybkowa tylko cienko pokrywa błonę śluzową. Mocniéj od powyżéj wzmiankowanéj powłoki do spodu przyczepiona nie odłącza się sama, ale spiesznie się szerząc na powierzchni migdałków dosięga języczka i krtani stwarzając dławiec z groźnemi następstwami. Ogólne zaś zakażenie widziałem tak w przypadkach pierwszéj jak drugiéj kategoryi po krótszém lub dłuższém istnieniu choroby, wyradzające się czasem z przypadków na pozór lekkich. Zdarza się, że już drugiego lub trzeciego dnia spostrzegamy objawy zakażenia. Pewnikiem takiego, nawet jeszcze przed pojawieniem się innych oznak, ogólnego zatrucia jest jasnopopielatego koloru powłoka grzybkowa chorego migdałka. Podczas gdy w przypadkach zwolna powstającego, ogólnego zakażenia ciepłota ciała bywa prawie do końca życia wysoka, obniża się ona w przypadkach zakażenia prawie z początkiem choroby powstałego bardzo rychło, spada nawet poniżéj stanu prawidłowego i wtedy wcześnie, często już trzeciego lub czwartego dnia, następuje śmierć.

Daleki od zamiaru dania tą drobną charakterystyką dokładnego opisu choroby, rzuciłem tu kilka uwag jedynie w celu tém lepszego ocenienia doniosłości środków lekarskich. Jeżeli zwrócimy uwagę na tę okoliczność, że niektórzy chorzy bez wszelkiéj pomocy do zdrowia powracają, inni zaś za jaką taką pomocą lekarską, natenczas zrozumiemy łatwo doniosłość zalecanych środków. Cieszymy się tu i owdzie, czasem nawet w przeważnie większéj części przypadków, dobrém powodzeniem, ale zdaniem mojém są one lekkiéj natury i dość często przekonywamy się w praktyce o niedostateczności tych uwielbianych leków.

Najwięcéj wielbicieli miał i ma dotąd pędzel, którym przenosi się na miejsca chore różne rozczyny: Argent. nitric., Acid. pyrolignos., Acid. salicylic. z alkohol., Kali hypermanganic., Cupr. sulfur., Acid. carbolic., Tymol, Ol. Eucalypt., Jodoform, Chloral. hydrat. Niezadowoleni z pędzlowania wymienionemi środkami rzucili się do płukania już to wodą wapienną, już to kwasem salicylowym rozpuszczonym w wyskoku i w wodzie, itd.; inni znowu do irygacyi części chorych wodą wapienną lub odpowiednim rozczynem kwasu salicylowego w wyskoku, wodzie, kwasu karbolowego, tymolu itd.; a jeszcze inni chwycili za środki wewnętrzne: Kali chloric., Chin. sulfur., Liquor. ferri. sesquichlor., Cupr. acet. crystallisat., Brom, Natr. benzoic., Hydrarg. cyanat; Pilocarpin, Ol. Terebinth., itd. i używali ich nawet w dziwnych mięszaninach, jak np. Glycerin. 70.0, Tymol. 0.3—0.5, Kali chloric. 10.0, Chin. bisulf. 2.0—4.0, Aq. vitae 250.0. S. co godz. łyżeczkę od kawy i zarazem do wdechania: Glycerin. 35.0, Tymol. 0.5—0.7, Natr. boracic. 20.0, Aq. camphor. 70.0, Aq. picis 200.0.

Nie przeczę, że niejeden przypadek uleczenia chorego zawdzięczamy użyciu powyżéj wymienionych środków. Są między niemi środki mające własność niszczenia grzybków a umiejętne użycie azotanu srebrowego 1:10, Tinct. Jodi, czystego wyskoku lub rozczynu kwasu salicylowego w wyskoku, Cupr. sulfur. 1:10, Acid. carbolic. 5:100, Chloral. hydrat. 15—30:100, Liquor. ferr. sesquichlor. 1:1—20, to jest dokładne zniszczenie powłoki grzybkowéj, w dobre obfituje skutki. Ma jednakowoż sposób ten wielkie niedogodności. W pierwszym rzędzie mamy konieczność częstego i dokładnego używania pędzla. Za nią idzie opór stawiany ze strony chorych, czy to dzieci czy to dorosłych, którzy raz pierwszy i drugi jakotako pędzlowanie znoszą, ale potém wszelkiemi siłami się opierają. Czynność ta jest męką dla chorych powtarzającą się dziennie kilka razy, a co najgorsza, pędzel naciera powierzchnię powłoki a w głębi żyją grzybki i celem ich zniszczenia zachodzi potrzeba częstego powtarzania téj czynności. W skutek przyciśnięcia pędzla do chorych części ścieka z niego płyn i prawie suchym pędzlem ściera się powłokę błonicy.

Płukanie wodą wapienną, a przedewszystkiém kwasem salicylowym z wyskokiem, ma równie swoje korzyści. Sam używałem następującego składu do płukania: Acid. salicylic. 2.0, Alcohol. 60.0, Aq. dest. 140.0. DS. Co godzinę płukać, i miałem z tego sposobu leczenia przez kilka lat bardzo dobre skutki, lepsze niż z pędzlowania bez zadawania chorym pędzlowych męczarni, ale sposób ten o tyle chromieje, że tylko u dorosłych i dzieci starszych daje się wykonać.

Również irygacyje nie są bez skutku, mianowicie wądą wapienną, odpowiednim rozczynem kwasu salicylowego w wyskoku z wodą, kwasu karbolowego i tymolu, ale bez równoczesnego pędzlowania lub płukania na nich polegać nie można. Środkom wewnętrznym nie odmawiam wpływu na szczęśliwy przebieg choroby, lecz same nie są w stanie zapobiedz wypadkom śmiertelnym z wyjątkiem tych, gdzie sobie natura sama dopomoże, a na najwięcéj zaufania zasługuje pilokarpin i od wielu już lat u małych dzieci przezemnie używane: Kali bromat. 4.0—6.0:180.0 wody i Aq. Chlori 60.0, każde w osobnéj flaszeczce. Z pierwszego wlewa się co godz. łyżkę stołową w kieliszek, z drugiego łyżeczkę od kawy i tę mięszaninę daje się niezwłocznie choremu wypić. Tworzący się w ten sposób brom działa przez niszczenie pierwiastku chorobowego bardzo skutecznie na przebieg choroby. Pilokarpin zaś wywołuje ślużotok i ułatwia tak pędzlowaniu jakoteż płukaniu odczepienie błonek grzybkowych. Osłabiające zaś jego skutki można usunąć regularném dawaniem wina, co godzina 1—2 łyżeczek od kawy.

Pominąłem niektóre z polecanych środków z powodu, iż jedne wymienionych nie przewyższają, drugie im nie dorównywają, wszystkie zaś, jak powiedziałem, chromieją i trzeba nam się obejrzeć za czémś, co na większe zasługuje zaufanie. Takim środkiem jest czysty kamień piekielny.

Używano kamienia ze skutkiem podczas wielkich epidemij już na początku tego stulecia we Francyi, lecz z jakiém powodzeniem nie powiada statystyka. Mnie skłoniła do chwycenia za kamień konieczność, to jest ciągłe recydywy u chorego dziecka a po jego użyciu, co dziecku pięcioletniemu żadnych nie sprawiło przykrości, zniknął grzyb w dwóch dniach na zawsze. Powodzenie to skłoniło mnie do częściejszego użycia kamienia, lecz w świeżych tylko przypadkach. I tu równe powodzenie. Zalecane inne środki były powodem odstąpienia na dłuższy czas od używania kamienia, ale niepowodzenie znowu mnie do niego nawróciło i teraz już z nim rozstać się nie myślę. Lecz powodzenie zależy od bardzo dokładnego wykonania wypalenia, co wcale nie jest trudném, bo z wyjątkiem małych dzieci cztero- do pięcioletnich, pomazywanie kamieniem z łatwością u chorych wykonywa się. Im mniéj powłoki grzybkowéj, tém łatwiejsze wykonanie. Postępuję przy tém w ten sposób: szeroki trzonek łyżki wkładam w szeroko rozwarte usta w celu przyciśnięcia na dół języka, kamień w piórku z trzonkiem drewnianym (cienki, jeżeli przestrzeń powłoki grzybkowéj nie przechodzi obwodu ziarna grochu cukrowego, bo kamień gruby zasłania widnokręg; gruby zaś, jeżeli przestrzeń chora jest większą,

bo tu szerszy koniec kamyczka szerzéj i dokładniéj pali i czynność mniéj zabiera czasu, co jest ważném) wsuwam aż do miejsca szarego prawą ręką, jeżeli prawy, lewą, jeżeli lewy migdałek jest chory i tu poczynam pomazywać od dołu i brzegów powłoki, wciskając kamień do głębi i zwolna się tylko do góry posuwając. Tak wypalam wszystko aż do spodu nawet brzegi zdrowéj błony, przyczém choremu daję wypocząć, aby po chwili czynność na nowo rozpocząć. Zdarza się czasem, że chory, już to dziecko, już to dorosły, zacznie się krztusić a nawet wymiotować. W takim razie nie potrzeba odstąpić od wypalania, bo skoro się żołądek wypróżni, ustaną wymioty a krztuszenie się nie przeszkadza dokładnemu wypalaniu. Choć się zdrowe części nieco przypalą, nie szkodzi. Takie jednorazowe palenie wystarcza. Grzyb nie posunie się od téj chwili ani o włos daléj i wypada drugiego lub trzeciego dnia pozostawiając spód i boki, jeżeli się zdrowe części trafiło, zgorzałe, które się prędko goją. Nadmienić trzeba, że dnia następnego po wypaleniu obniża się znacznie ciepłota ciała i tętno. W ten sposób wypalam teraz i znaczne powłoki błonicy chociaż obustronne, nawet u małych dzieci, jeżeli zaciśnięciem szczęk czynności téj nie przeszkodzą. Potém każę wdechać wodę wapienną i płukać roztworem Kali chlorici 1.50:100.0 lub kwasu salicylowego 2.0, wyskoku 60.0, wody 120.0. Małym zaś dzieciom daję do picia Kal. bromat. z Aq. Chlor., jak powyżéj powiedziano. Jest to sposób, na który się zupełnie spuścić można, jeżeli czynność tę dokładnie wykonaliśmy. Nawet przypadki, w których ciepłomierz pokazywał ciepłotę 40 do 41°C., przeszły tak samo i w tym samym czasie szczęśliwie. Od przypuszczenia, że tu płukanie, wdechanie lub wewnętrzne używanie leków główną odgrywa rolę, chroni nas ta okoliczność, że podczas kiedy tam grzyb, mimo naszych zabiegów, daléj a daléj sięga i choroba się rozwija, tu od razu, jakby różdżką czarodziejską wstrzymana, staje i wszystkie objawy nikną. Obawa o odkruszenie się i wpadnięcie kamyczka do gardła jest płonną. Kamyczek wysuwa się z piórka o dwa milimetry a po stopieniu się téj części znowu i w obec zachowania téj ostrożności nie ma obawy. Na każdéj odpadniętéj powłoce grzybkowéj przekonać się można, że w całéj grubości i szerokości jest zniszczona. Tym sposobem leczyłem przeszło 50 chorych. Gdzie zaś kamienia użyć nie można, tam téż wszelkie zabiegi i pędzlem daremne i najwięcéj na zaufanie zasługuje wewnętrzne używanie Kal. bromat. z Aq. chlor. lub pilokarpinu. Na możliwy zarzut, że to równie męczący sposób, jak pędzlowanie, odpowiadam, że wcale nie w tym stopniu jak pędzlowanie i czynność tylko jednorazowa, co jest ważną okolicznością.

Ponieważ przypadków błonicy z cienką powłoką już dawno nie widziałem, nie wiem, jakiby tu skutek wypaleniem dał się osiągnąć, ale mniemam, że równie korzystny.

Wypada jeszcze powiedzieć słówko o doświadczeniu, jakie zrobił kol. Dr. Letzerich, który mówi: „Obecnie używa się tuszowania chorych miejsc roztworem kamienia piekielnego i kamieniem samym. Pierwszy sposób jest bezskuteczną zabawką, drugi nie wszędzie wykonalny a zawsze niepewny. Pod cienką bowiem zgorzeliną rośnie i rozszerza się grzyb swobodnie i mimo ostrożnego i częstego tuszowania robi choroba postępy.“ Szanowny kolega daruje twierdzeniu, że tylko płytko musiał przejechać kamieniem po powierzchni powłoki błonicy, jeżeli do takich doszedł spostrzeżeń.

Może kto powie, że w inny sposób da się zupełnie i równie prędko zniszczyć zaród błonicy, np. przez wydrapanie palcem i następnie oczyszczenie miejsca tego kwasem karbolowym itp., jak to już z poważnéj strony uczyniono i zalecano. Na to odpowiem, że to sposób męczący i niebezpieczny a mniéj pewny od wypalenia kamieniem.

Innemi środkami żrącemi nie można tak dokładnie a tylko z niebezpieczeństwem zniszczenie grzyba osiągnąć. W ten sposób zapobiegnie się ogólnemu zakażeniu z wyjątkiem tych przypadków, gdzie, jak to w innych chorobach zaraźliwych się zdarza, krew pierwiastkiem chorobowym w samym początku jest zakażona, czego prawdopodobność niektóre przypadki stwierdzają, a w których, jak powiedziałem, powłoka grzybkowa na migdałku krótko po pojawieniu się przybiera kolor jasno-popielaty.

VI. Uwięźnięcie przepukliny pachwinowéj. Wyleczenie.

Podał **Dr. Bogdanik** w Biały.

Dwudziestopięcioletni ślusarz fabryczny J. Mitręga ma od młodości wolną przepuklinę pachwinową po stronie lewéj. Już w roku poprzednim miał być operowanym w skutek przypadów uwięźnięcia, lecz przypady ustąpiły dobrowolnie po kilku dniach. W d. 1 kwietnia r. b. zapadł powtórnie, a gdy usiłowania bezkrwawego odprowadzenia jelita uwięźniętego były bezskuteczne, poddał się operacyi w dniu 10 kwietnia. Operacyję wykonałem wspólnie z Drem S e n f t e m. Ponieważ przepuklina zstępowała do lewego worka mosznowego ogoliliśmy wzgórek łonowy i worek mosznowy a następnie zmyli 5% wodą karbolową. W takimże roztworze umieściliśmy narzędzia, umyli ręce a do oczyszczania pola operacyjnego użyliśmy waty maczanéj w 5% wodzie karbolowéj.

Aż do otwarcia worka przepuklinowego nie budziła operacyja szczególniejszego zajęcia. Po otwarciu worka przepuklinowego uderzyła nas większa ilość wody wypływającéj (około 150grm.) a pętlę jelita można było wymacać powyżéj więzu Pouparta na 10cm. ku wyrostkowi górnemu przedniemu. W tym kierunku rozcięliśmy tedy nożyczkami powłoki brzuszne na palcu. Ujrzeliśmy teraz 6cm. długą pętlę jelita, którego ściana była mocno zgrubiałą, czarniawą, ale jeszcze nieco połyskującą. Przy obmacaniu jelita powstała drobna, zaledwie spostrzedz się dająca, szczelinka w jego ścianie, z któréj wypłynęło nieco cieczy cuchnącéj kałem. Po nacięciu pierścienia przepuklinowego nożyczkami wyciągnęliśmy nieco jelita a przekonawszy się, że ściana jego na całéj przestrzeni uwięźniętéj jeszcze połyskuje odprowadziliśmy je, następnie wycięliśmy worek przepuklinowy podwiązawszy go katgutem. Krwotok podczas operacyi był bardzo nieznaczny, nie podwiązaliśmy ani jednego naczynia. Ranę zdrenowaną zaszyliśmy katgutem i opatrzyli jodoformem.

Stan chorego po operacyi był bardzo zadowalający. Trzeciego dnia był stolec, który się odtąd regularnie pojawiał. Piątego dnia podniosła się ciepłota do 38·5°C. Zdjęliśmy opatrunek i przekonaliśmy się, że nas zawiodła *prima intentio* mimo karbolu i jodoformu. Brzegi rany nie były zlepione a z głębi wydobywała się ropa czarniawa choć niecuchnąca a jądro lewe było bolesne, wielkości jaja gęsiego. Zdjęto szwy, wymyto ranę wodą karbolową i usunięto strzępki zgorzelinowe i odtąd opatrywano jodoformem codziennie, późniéj co drugi dzień i używano do zmywania rany chlorku zynkowego. Przypadów zapalenia otrzewny nie było.

Rana oczyściła się dość prędko, bo już 27go kwietnia pokryta była zdrową ziarniną. Aby tedy przyspieszyć zabliźnienie, zeszyliśmy ranę powtórnie przez dwa sączki kauczukowe, któreśmy ułożyli na brzegach skóry, aby się szwy tak bardzo nie wbijały w skórę. Czwartego dnia już można było szwy odjąć. Brzegi skóry były spojone, pozostały tylko tu i owdzie drobne miejsca jeszcze niezabliźnione. Jądro lewe już mało co większe od prawego, niebolesne. Z początkiem maja zaczął operowany chodzić i załatwiać drobne czynności domowe.

Przypadek ten z kilku względów budzi zajęcie. Pomijam samą przepuklinę, boć podobno jeszcze nikt nie widział dwóch całkiem do siebie podobnych przepuklin, ale jak wytłumaczyć sobie zgorzel rany, skoro użyto wszelkich ostrożności i żadnego krwotoku nie było? Dziwne i to, że mimo zgorzeli rany powierzchownéj żadnych nie było przypadków ze strony otrzewny. Pouczającém jest i to, że ranę pokrytą zdrową ziarniną z dobrym skutkiem zeszyć można.

VII. Oceny i sprawozdania.

Rozprawy nad zaraźliwością i dziedzicznością suchot płucnych w Medical Society i Pathological Society w Londynie.

Dr. Whipham mówił o przypadku suchot płucnych połączonych z białkomoczem wysokiego stopnia a ciepłotą prawie normalną. Whipham znalazł w plwocinach bakteryje gruźlicze, i zapytuje: 1) czy bakteryje gruźlicze znajdują się u chorych niedotkniętych suchotami płuc? 2) czy one stale towarzyszą objawom gruźlicy płuc, i czy w takim razie mogą służyć jako moment rozpoznawczy?

Whipham sam znalazł w 7 przypadkach ostréj gruźlicy płuc liczne bakteryje w plwocinach, w 4 przypadkach, w których nastąpiło polepszenie, nie było można wykazać żadnych lub tylko nieliczne bakteryje. W jednym przypadku badał W. ściany jamy płucnéj pod mikroskopem, nie mógł jednak znaleść prątków gruźliczych; nie znalazł także prątków w plwocinach jednego chorego na zapalenie płuc, podobnież u chorego z rozedmą płuc z nieżytem oskrzeli; wreszcie nie wykazał prątków w cieczy pęcherzyków w jednym przypadku pęcherzycy.

Co do zaraźliwości gruźlicy płuc, to W. jest zdania, że kwestyja ta przez odkrycie bakteryj przez Kocha wcale nie została rozwiązaną. Trudno bowiem pojąć, dla czego np. dur, ospa przebiegają szybko, zakażenie w nich jest ostre, podczas gdy do wyjątków należy, aby suchoty płuc nie przebiegały chronicznie. Aby wytłumaczyć tak szczupłe rozpościeranie się suchot, trzebaby chyba przypuścić, że większa część ludzi jest tak usposobioną, że ich ustrój nie przedstawia korzystnéj gleby dla rozwoju grzybka gruźlicy swoistego. Również dziedziczność suchot prawie udowodniona wcale nie licuje z odkryciem Kocha.

Dr. S. West zgadza się z Whiphamem co do obecności właściwych prątków w plwocinach suchotników, nigdy ich jednak nie mógł znaleść w tkaninie płuc, mimo, że zmiany anatomiczne nie pozostawiały żadnéj wątpliwości, że tkanki badane są gruźlicą dotknięte. Jedynie tylko można było wykazać czasem prątki w drobnych cząstkach masy serowatéj, znajdującéj się w płucach. Z tego należy wnosić, że w przypadkach, gdzie w plwocinach nie wykazano prątków, a przecież objawy inne kliniczne przemawiają za suchotami lub gruźlicą płuc, albo nie ma skłonności do tworzenia się jam rozpadowych, lub téż, że do plwocin nic się z treści tych jam nie dostało. Prątki więc Kocha w plwocinach nie mogą rozstrzygać o zmianach gruźliczych w płucach, lecz tylko o rozpadzie serowatym miąższu płucnego. West zgadza się również z Whiphamem, że Koch wcale swojém odkryciem nie udowodnił zaraźliwości suchot płucnych.

Dr. Green zwalcza także twierdzenie Kocha, że gruźlica należy do chorób zakaźnych, zaraźliwych. Gdyby tak było, musiałaby przynajmniéj znaczna część osób, narażonych na wpływ prątków gruźliczych, podlegać téj chorobie. Prątki więc wykazane przez Kocha nie są właściwemi sprawcami i rozszerzycielami gruźlicy, sprzeciwia się to bowiem wszelkim spostrzeżeniom klinicznym. Gdyby prątki Kocha istotnie były przyczyną gruźlicy, jakżeby można wytłumaczyć sobie fakt, że suchoty płucne prawie bez wyjątku rozpoczynają się od szczytów płuc? Przecież gdyby one były przyczyną, to punktem wyjścia gruźlicy mogłoby być każde inne miejsce miąższu płuca, na któreby się prątki dostały. Wreszcie mówca nie może sobie wytłumaczyć, dla czego *a priori* można powiedzieć, że pewne indywidua ulegną z mniejszém lub większém prawdopodobieństwem gruźlicy, jeżeli przyczyną gruźlicy są prątki.

Dr. Yeo również znajdował prątki Kocha w plwocinach suchotników, nie mógł ich znaleść w plwocinach chorych na tyfus i na rozedmę płuc. Co do zaraźliwości suchot Yeo zgadza się w zupełności z poprzednimi mowcami. W końcu przytacza przypadek, gdzie na żądanie Towarzystwa ubezpieczeń na życie nie mógł uważać osoby, któréj dwie siostry mieszkające w tém samém pomieszkaniu co dopiero zmarły na gruźlicę płuc, za zarażoną tą chorobą lub przynajmniéj, co do któréj mogłyby zachodzić wątpliwości, czy ją do Towarzystwa przyjąć lub nie.

Dr. Richardson oświadcza się również przeciw zaraźliwości gruźlicy płuc. Miał on sposobność obserwować dotąd przeszło 3.000 przypadków suchot płucnych. W pierwszéj linii podlegają téj chorobie osoby, przedstawiające t. zw. *habitus phthisicus*, następnie osoby wycieńczone długiemi chorobami, szczególniéj nerwowemi, wreszcie osoby, u których innéj przyczyny prócz zaziębienia wykazać nie było można. Richardson zna rodziny, w których wszyscy członkowie są nader skłonni do powstawania gruźlicy. Przecież jednak nie wszyscy podpadają téj zabójczéj chorobie. U jednych gruźlica się rozwija, drugie zaś osoby, mimo, że przestają ciągle z osobami tą chorobą dotkniętemi, a zatém mimo usposobienia i narażenia się na wpływ przyrzutów swoistych, omija i oszczędza w zupełności.

Na posiedzeniu w *Pathological Society* Dr. West mówił o dwóch przypadkach suchot, w których w treści jam rozpadowych znalazł znaczną ilość prątków, przez Kocha wykrytych. Jeden z tych chorych umarł w 10 tygodniu choroby, drugi w 7 miesiącu. West poszukiwał na bardzo wielu preparatach, czy w miąższu płucnym znajdują się bakteryje, jednak w tkance wyraźnie chorobowo zmienionéj ani razu nie znalazł prątków gruźliczych. Twierdzi daléj, że obecność prątków w plwocinach w mniejszéj lub większéj ilości świadczy tylko o mniejszym lub większym rozpadzie miąższu płucnego, bezwarunkowo zaś musi wystąpić przeciw twierdzeniu, jakoby zachodził związek przyczynowy między ilością prątków w plwocinach a nasileniem choroby. Prątki do plwocin dostają się tylko wtedy, jeżeli w płucu znajdują się jamy.

Dr. Doran nie może uznać prątków za właściwe gruzełkom, uważa on je za grzybki, które możetutaj w ten sposób występują, jak np. grzybki w pruchniejących zębach.

Dr. Goodhart zapytuje Dra Westa, co rozumie przez miano „gruźlica.“ Dr. West oświadcza, że przez miano to rozumie proces chorobowy połączony z ogólném wyniszczeniem organizmu, który rozpoczyna się w szczytach płuc, i ztąd począwszy dalej postępuje w znany sposób. West nie znalazł prątków nigdy w przypadkach, w których nie było wyraźnych suchot. Co do kwestyi etyjologicznéj, tj. pytania, czy prątki są przyczyną gruźlicy, lub téż czy one dostają i rozwijają się następowo w narządach już chorobowo zmienionych, to mimo odkrycia Kocha nie da się nic stanowczego powiedzieć.

Przytoczyliśmy nieco obszerniéj treść dyskusyi nad tą ważną kwestyją według sprawozdania oryginalnego nadesłanego do *Allg. med. Central-Zeitung* (1883, Nr. 28). Z dyskusyi téj, w której brali udział niektórzy z najznakomitszych klinicystów londyńskich, widzimy, że Anglicy nie idą w ślad patologów amerykańskich, występujących bezwzględnie przeciw odkryciu Kocha. Patologowie angielscy, wolni od gorączkowości i pewnego stopnia przesady, jaka cechuje znaczną część prac o gruźlicy setkami się obecnie w Niemczech pojawiających, z zimną rozwagą roztrząsają tę kwestyję nie tylko czysto lekarską ale i społecznéj wagi, i przyjmują z odkrycia Kocha tylko to, co obecnie można już prawie uważać za pewnik naukowy. *Dr. Kopff.*

Dr. W. Jaworski: **O użyciu soli przeczyszczających per Rectum w nieżycie kiszek grubych i jako środka rozwalniającego.**

Autor na podstawie doświadczeń własnych, jakotéż spostrzeżeń zrobionych w Karlsbadzie i Kissingen, zaleca bardzo gorąco użycie soli gorzkich *per rectum,* miasto dotychczasowego ich używania *per os.* W nieżycie kiszek grubych, połączonym z nieżytem przewlekłym żołądka, polecił autor w przypadkach, gdzie zatrzymanie stolca występowało naprzemian z rozwolnieniem, gdzie palpacyja wykazywała nagromadzenie kału w jelitach grubych, a w kale odchodzącym znajdowało się dość śluzu, co dzień enemę $2\frac{1}{2}\%$ roczczynu węglanu sodowego, coraz cieplejszego. Chory zatrzymuje 5 minut enemę w pozycyi leżącéj, poczém ją oddaje. Zazwyczaj aplikuje się 5 takich enem. Celem ich jest oczyścić fałdy błony śluzowéj jelit z nagromadzonego śluzu. Następnie 5 enem co drugi dzień radzi autor brać na wpół z rozczynem soli kuchennéj. Skoro już więcéj strzępów śluzu w odchodzącym kale nie widać, przystępuje autor do przeplukania jelit wodą karlsbadzką. Używa w tym celu na raz jednéj butelki Mühlbrunn. W razie uporczywego zatrzymania stolca dodaje się jeszcze do każdéj butelki 25 gramów soli Glaubera. Jeżeliby po kilkudniowém leczeniu wystąpiła atonia kiszek, należy przejść do enem zimniejszych lub zupełnie z zimnéj wody czystéj, lub z dodatkiem soli kuchennéj.

U chorych, u których objawem nieżytu jest tylko uporczywe zatrzymanie stolca, w odchodach nie ma śluzu, a palpacyja wykazuje nagromadzenie kału, poleca autor zaraz przystąpić do enem z soli Glaubera. Pierwsze enemy podaje się codzień z 50 gramów Na_2SO_4 rozpuszczonych w litrze wody ciepłéj. Potém przechodzi się do enem chłodnych z dodatkiem 25 grm. NaCl na 2 litry wody. Enemy te aplikuje się co 2gi dzień. Celem tego leczenia jest znieść atoniję jelit. Zamiast rozczynu Na_2SO_4 można użyć Mühlbrun z dodatkiem 50 grm. soli Glaubera, naprzód ciepłéj a potém zimnéj.

W obydwóch powyższych leczeniach dyjeta musi być mięsna, mleczna, z małą domieszką jarzyn. Potrawy mączne wzbronione.

W przypadkach uporczywych obstypacyj poleca autor Hegara z 50—100 gramów Na_2SO_4, z dodatkiem lub bez dodatku 25 gr. NaCl na 2 litry wody. Zwykle po takim Hegarze w 6—12 godzin następuje kilka stolców papkowatych, pochodzących od kału nagromadzonego w górnych częściach jelit. Aby także i z żołądka wydalić nagromadzoną treść, każe autor użyć zaraz po zastósowaniu enemy parę szklanek wody sodowéj z kwaskowatém winem, aby tym sposobem pobudzić ruch robaczkowy jelit. W przypadkach zatrzymania stolca połączonych z gorączką, lub gdy chory uskarża się, że z kałem krew odchodzi, autor poleca powyższe enemy zimne, we wszystkich zaś innych przypadkach ciepłe.

Stosowanie soli gorzkich *per anum* ma wyższość nad stosowaniem *per os:* raz, że chory niedoznaje niemiłego smaku, nudności, wymiotów itd., powtóre, że enemy można stosować i w obec pełnego żołądka, a chory niepotrzebuje zachowywać ścisłéj dyjety, po trzecie nie drażni się bez potrzeby całego przewodu pokarmowego, tylko część jego zmianą chorobową dotkniętą, co ma znaczenie szczególniej, jeżeli ma się używać czas dłuższy leków rozwalniających, po czwarte dawki można na pewno stosować, skutek jest niezawodny, podczas gdy stosując sól *per os* często się za mało podaje, po piąte wraz z rozczynem soli użytéj do enemy wciąga się w zakres leczniczy zimno lub ciepło, które się stosuje bezpośrednio na błonę śluzową schorzałą. (*Wiener Med. Wochenschrift* 1883. Nr. 10). Ω

Badania porównawcze nad różnemi peptonami, ich przyrządzeniem i zastósowaniem.

Od lat już kilku pisma lekarskie zagraniczne, a mianowicie francuskie, zajmują się kwestyją peptonów mięsnych, które téż z tego powodu dość powszechnie są znane. Lecz zanim zajmą one ważne i właściwe miejsce w terapii, potrzebném jest zbadanie wartości sposobów używanych do ich otrzymywania. Lekarze będą mogli przez to przekonać się o prawdziwéj wartości i dzielności pożywczéj produktu, którego używają.

W tym to celu *Trib. méd.* rozbiera sposób przyrządzania różnych peptonów.

Pepton Pepsynowy. Aptekarz Chapoteaut w Paryżu otrzymuje go w sposób następujący: 50 klgrm. mięsa wołowego bez kości i bez tłuszczu 1.200 grm. pepsyny, któréj jedna część trawi 800 części włóknika; 200 litrów wody; 200 grm. kwasu siarkowego, utrzymuje w jednostajnéj ciepłocie 45 do 50° przez 14 godzin. Po upływie tego czasu mięso rozpuszcza się zupełnie.

Rozczyn pozbawiony kwasu, przesączony, wyparowany szybko przy jak najmierniejszéj ciepłocie, daje 23 do 24 klgrm. cieczy syrupowatéj a zanurzony w niéj aerometr *(pèse sirop)* zanurza się do 18° w zwykłéj temperaturze. Produkt ten daje, po dodaniu wyskoku, w celu lepszego zachowania, konserwę peptonową, któréj ciężar gatunkowy w ciepłocie 15°, wynosi 15; poniżéj tego stopnia zsiada się ona a staje się płynną w wyższéj ciepłocie.

Syrupowaty ten pepton zawiera 40 do 43% suchego przetworu, z którego 92° wyskok strąca 30 do 35% (1 część konserwy na 12 cz. wyskoku 92°).

Pozostałość solną tak przyrządzonego peptonu tworzą naturalne fosforany zawarte w mięsie, z którego pepton przyrządzono.

Pepton chlorowodowy. Pepton ten tworzy się przez działanie pepsyny z oskrobin żołądka na mięso wobec kwasu chlorowodowego, który zobojętniony następnie węglanem sodowym, pozostaje w téj pepsynie jako chlorek sodu, który można znaleść w popiole. Jeden klgrm. mięsa daje 370 grm. peptonu 18° i 220 grm. nietykalnéj pozostałości. Pepton ten zawiera nie tylko mięso zpeptonizowane, ale także przetwór z trawienia gruczołków pepsynonośnych i części włóknistéj żołądka, którą otrzymuje się równocześnie z oskrobinami.

Pepton pankreatynowy. Pepton ten otrzymany przez działanie trzustki wieprzowéj na mięso zmięszane z wodnemi kwaśnemi cieczami, potrzebuje znacznéj ilości trzustki, któréj dzielność trawiąca jest słabą i niezupełną. Czynności téj, odbywającéj się w ciepłocie 30 lub 40°, towarzyszy rzeczywisty rozkład i wywiązywanie się gazu siarkowodowego, który można łatwo rozpoznać. Zresztą trzustka konserwuje się z trudnością, zapełnia się szybko bakteryjami i udziela przetworom z niéj przyrządzonym smaku nieprzyjemnego, co spostrzegł Dr. Józef Michel. Dla téj saméj przyczyny Dr. Daremberg wydalił ze swych przepisów podobne peptony, przyrządzone nietylko z mięsa strawionego za pomocą pankreatyny ale także z samych trzustek, strawionych podobnym sposobem. Skład ich jest rozmaity a obfitość w suchy pepton jest między 13, 15 i 18%. Zawierają one oprócz tego cukier grudkowy, glycerynę, która przeszkadza zupełnemu wysuszeniu i rozbiorowi.

Peptony winowe. Peptony te otrzymują się przez działanie fermentu trawiącego na mięso wobec kwasu winowego, który znajdujemy napowrót w tym przetworze jako winian potasowy.

Na zakończenie tego rozbioru, zestawiamy poniżéj liczby analityczne odpowiadające tym różnym peptonom.

	Suchy pepton otrzymany 15 częściami wyskoku bezwodnego	Rozbiór peptonów syrupowatych	Skład odsetkowy suchych peptonów
Pepton (typ)	„	„	Węgiel = 52.05 Wodór = 7.08 Azot = 17.04
Pepton Chapoteaut	26 do 28%	Cięż.: 1.143 18° Baumé Azot. 5.34%	C = 45.20 H = 6.50 N = 16.19 Popiół = 8.04
Pepton chlorowodowy	20 do 22%	Cięż.: 1.150 14° Baumé Azot. 4%	C = 40.93 H = 6.50 N = 3.18 Popiół = 5.10
Pepton pankreatynowy	16 do 18%	Cięż. gat. 1.108 14° Baumé Azot. 2.3%	H } produkt C } niewysuszał. N = 9.25
Pepton winowy	23 do 25%	„	C = 44.38 H = 6.02 N = 13.45 Popiół 12.91

Widzimy ostatecznie, że w peptonie chlorowodowym produkt otrzymany zawiera równocześnie pepton mięsa i gruczołów pepsynonośnych, które bywają trawione już w chwili, gdy przestają należeć do organizmu żyjącego. Peptony pankreatynowe, przyrządzone z mięsa trawionego z trzustkami przez działanie fermentu zawartego w tym gruczole, przechowują się z trudnością.

W sposobie, którego używa p. Chapoteaut, ferment żołądkowy działa sam, jak się to dzieje w żołądku; peptony utworzone są przez peptony mięsne otrzymane wyłącznie z silną pepsyną zbadaną przez p. Ch., którego nowe prace przedstawione paryzkiéj Akademii Umiejętności, rzuciły światło na zajmującą tę kwestyję. Chapoteaut utrzymuje, że sok żołądkowy składa się z trzech ciał: z jednego białkowatego rozpuszczającego włóknik, drugiego, które szybko rozpuszcza włóknik w znacznéj ilości i z kwasu organicznego dotychczas nieoznaczonego. Badania te nad składem soku żołądkowego doprowadziły p. Ch. do rozbioru peptonów takim sposobem doszedł on do utworzenia przetworu odpowiadającego naturalnemu. Pepton Chapoteauta zawiera jedynie tylko naturalne sole fosforowe z mięsa strawionego, inne zaś peptony zawierają mlekany, chlorki, winiany alkaliczne, które robią przetwory te nieznośnemi i nadają im własności czyszczące, które w niektórych chorobach są nie tylko niepotrzebne ale i czasem szkodliwe. Nie potrzeba się obawiać, aby coś podobnego nastało przy użyciu peptonu Chapoteauta, którego zasobowi, składowi, dokładnemu przechowywaniu nic zarzucić nie można.

Chapoteaut przyrządza z peptonu trzy różne przetwory. Pepton płynny otrzymany przez zgęszczenie mięsa strawionego, jak o têm wspomnieliśmy, pozwala otrzymać z pepsyną najprzód:

Konserwę peptonu pepsynowego. Produkt ten jest płynny, obojętny, aromatyczny, barwy brunatnéj, przechowuje się doskonale, a łyżeczka tegoż przedstawia podwójną ilość mięsa; podaje się go w rosole, w syropie, albo z cukrem lub téż w lawatywach pożywiających.

Proszek peptonu pepsynowego. Proszek ten zupełnie rozpuszczalny w wodzie, w rosole i w winie, przedstawia 20 do 22 grm. mięsa wołowego strawionego i przyswajalnego. Otrzymuje się go przez odparowanie w łaźni wodnéj poprzedniego produktu; zawiera on 16% azotu, gdy inne podobne przetwory, jak rozbiór przekonywa, jedynie tylko 10 do 13% zawierają. Można go przechować długi czas w słoikach szczelnie zatkanych i używać według upodobania. Trzeci przetwór stanowi:

Wino peptonu pepsynowego. Wino to jest rzeczywistym pokarmem dla chorych i dla dzieci; jest to roztwór peptonu czystego w winie Xeres, na którego dobre przechowywanie z pewnością liczyć można. Tym sposobem pepton wielce w azot obfitujący, zachowuje wszelkie swe własności pożywiające. Kieliszek tego wina zawiera 10 grm. mięsa wołowego; dawka zwykła jest 1 do 2 kieliszków przed lub po jedzeniu.

Autor artykułu przyrzeka ogłosić opis kilku przypadków użycia tych peptonów. (*Tribune médicale* Nr. 743 z d. 12 listopada 1882).

VIII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Ω W Towarzystwie lekarskiém w Gryfii miał prof. Münter wykład o nader korzystném działaniu podróży morskiéj na dolegliwości astmatyczne. Münter jest zdania, że na czasie byłoby urządzić kuracyjne okręty w tym celu, któreby mogły zająć niepośledniе stanowisko w klimatoterapii. Małe statki urządzone z wszelkim komfortem, gdzie chorzy mogliby oddychać wolno przez 4—6 godzin dziennie powietrzem na pełném morzu zupełnie byłyby wystarczającemi. W ostatnich czasach w Ameryce, a nawet w Anglii, wchodzi coraz bardziéj w użycie wyprawianie zamożnych chorych, cierpiących na długotrwałą, uporczywą blednicę, na astmę, lub na ogólne nerwowe osłabienie, na dłuższe morskie podróże. Chorzy mają zwykle powracać z tych podróży zupełnie zdrowi.

Ω Żółta febra sroży się ciągle w Brazylii. W Rio Janeiro, liczącém 325 tysięcy mieszkańców, zmarło w miesiącu marcu 1.314 osób, z czego 195 na żółtą febrę, 46 na ospę.

Ω Sąd karny w Chemnitz skazał na rok więzienia ciężkie-

go akuszerkę miejscową, która zaniedbywała w przypadkach anormalnego porodu wezwać pomocy lekarskiéj. Z tego powodu, jak stwierdzono w kilku przypadkach, nastąpiła śmierć kobiet rodzących.

Ω Nowo zawiązane Towarzystwo reformy ubierania kobiet w Londynie, otwiera w bieżącym miesiącu wystawę strojów kobiecych, najodpowiedniejszych higijenicznie w New Princes Hall. Towarzystwo to, na którego czele stoi księżna Walii, stara się wyrugować obecny sposób ubierania się kobiet a wprowadzić modę zbliżoną do kostyjumu wschodniego (spodnie z krótką bluzką). Księżna Walii wyznaczyła za najlepsze i najodpowiedniejsze kostyjumy nagrody od 5 do 50 funtów sterlingów.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 6—12 maja umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 35,4. Z ospy umarło 1 (1 z. t.); z płonicy 1 (0 z. t.); z błonicy 1 (2 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku ospy, 2 płonicy, 2 duru brzusznego. W tygodniu od 29 kwietnia do 5 maja umarło w Londynie z ospy 2, leczyło się w szpitalach 81, świeżo zapadło 15. W Bombaju umarło 101, w Nowym Orleanie 77, w Paryżu 21, w Roterdamie 11, w Aleksandryi 10, w Madrycie i Baltimore po 10, w Walencyi 6, w Petersburgu i Maladze po 4, w Wiedniu, Pradze, Brukseli, w Warszawie po 3, w Lizbonie i Birmingham po 2. Odra zabrała wiele ofiar w Paryżu, Londynie, Glasgowie, Liwerpolu. Tyfus panuje w Aleksandryi. Cholera wybuchła na nowo w niektórych okolicach Cochinchinu i Cambodże. Do połowy marca nie przybrała charakteru nagminnego.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 29 kwietnia do 5 maja umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 25,6; w Warszawie 33,7; w Wiedniu 35,4; w Pradze 37,1; w Berlinie 26,9; w Wrocławiu 34,4; w Gdańsku 25,9; w Kolonii 22,7; w Mnichowie 33,4; w Dreźnie 30,4; w Lipsku 26,9; w Bazylei 24,6; w Brukseli 34,4; w Amsterdamie 25,7; w Hadze 26,0; w Paryżu 28,5; w Londynie 19,8; w Kopenhadze 22,4; w Stokholmie 20,6; w Chrystyjanii 15,8; w Petersburgu 38,9; w Odesie 33,3; w Rzymie 39,4; w Wenecyi 29,1; w Bukareszcie 32,5; w Madrycie 48,9; w Lizbonie 26,3; w Aleksandryi 45,6; w Nowym Yorku 31,1; w Filadelfii 25,6; w Bombayu 34,8. *J. B.*

IX. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 23 maja. W sobotę d. 26 bm. odbędzie się uroczystość położenia kamienia węgielnego pod nowo budujący się gmach uniwersytetu. Na uroczystość tę przybędą w piątek wieczór pociągiem pospiesznym z Wiednia pp. ministrowie Conrad-Eybesfeld, Dunajewski i Ziemiałkowski, ze Lwowa zaś Namiestnik hr. Potocki, marszałek krajowy Dr. Zyblikiewicz i prezes Izby poselskiéj Rady państwa Dr. Smolka. W sobotę o godzinie 9 ½ członkowie uniwersytetu zbiorą się w biblijotece Jag., gdzie przedstawią się p. Ministrowi Oświecenia, poczém udadzą się na nabożeństwo do kościoła św. Anny, a ztamtąd na grunt nowego gmachu uniwersyteckiego. Po przemowie Rektora Uniw. i odpowiedzi p. Ministra Oświecenia nastąpi właściwa uroczystość. Dla publiczności wystawiono wygodne amfiteatralne trybuny. O godzinie 6éj wieczór profesorowie i docenci Uniw. podejmą pp. Ministrów i dostojników obiadem w Sukiennicach.

* Otrzymujemy następującą odezwę:

„Czwarty Zjazd lekarzy i przyrodników polskich odbędzie się w bieżącym roku w Poznaniu, a mianowicie od 3go do 6go Września nie licząc w to następnych dni wycieczkom poświęconych.

Niżéj podpisany Wydział gospodarczy, po kilka razy roztrząsał sprawę terminu, a chcąc uwzględnić rozliczne objawiane życzenia, o ile tylko stosunki miejscowe nasze na to zezwalają, jakotéż chcąc pominąć czas innych Zjazdów naukowych i uroczystości, zniewolonym czuł się do obrania na cele Zjazdu wyżéj oznaczonych dni. To téż sądzimy, że koledzy, którychby życzeniom dni te odpowiadać nie miały, pobłażliwie osądzając nasze zabiegi i pomnąc na to, z jak rozlicznemi liczyć się musieliśmy czynnikami, nie zniechęcą się tém naszém postanowieniem w zamiarach swoich dotyczących Zjazdu.

W skutek pierwszéj naszéj odezwy zgłosiło się już kilkunastu uczonych z wykładami. Jest więc i początek lubo mały jeszcze, a tym, co go już zrobili, szczere należy się podziękowanie.

Nie wątpiąc téż wcale, że liczba wykładów będzie wystarczającą, aby wypełnić poszczególne posiedzenia Zjazdu, ponownie jednak wzywamy do spiesznego zgłaszania się tak z pracami oryginalnemi, jakotéż ze zadaniami nadającemi się do wspólnego rozbioru. Pospiech pod tym względem jest nam bardzo pożądany, ażeby można jak najwcześniéj uporządkować materyjał i rozesłać plan Zjazdu, który następujące obejmować będzie sekcyje:

1) sekcyję medyczno-wewnętrzną,
2) sekcyję medyczno-zewnętrzną,
3) sekcyję medyczno-publiczną,
4) sekcyję matematyczno-fizyczną,
5) sekcyję chemiczno-farmaceutyczną,
6) sekcyję mineralogiczno-geologiczną,
7) sekcyję botaniczno geologiczną i
8) sekcyję antropol.-archeologiczną.

Utworzenie sekcyi gospodarczo-przemysłowéj, jakotéż każdéj innéj wchodzącéj w zakres nauk lekarskich lub przyrodzonych, uczyniono zależném od oświadczenia się przynajmniéj 10ciu członków Zjazdu za takową.

Wydział gospodarczy żywi w sobie nieograniczoną nadzieję, że każdy z lekarzy i przyrodników polskich usilnie starać się o to będzie, ażeby usunąć wszelkie trudności, któreby go mogły powstrzymać od podążenia na Zjazd. Niechaj bowiem każdy pomni na ważność tegoż w obec stosunków naszych naukowych jakotéż i na to, że téj nauce swojskiéj zbliżającéj rozdzielonych miejscowo do jednego ogniska pracy, należy się choćby drobne poświęcenie, choćby mała ofiara, ale zbiorowa.

W świeżéj pamięci pozostał nam świetny w Krakowie Zjazd, od którego dwa mijają lata. Niechaj ci sami, którzy w tamtym Zjeździe uczestniczyli, podążą, przywodząc nowych pracowników i do stolicy Wielkopolski; wyczekiwać ona ich będzie sercem ciepłém i otwartemi rękoma, zapraszając tak rodaków jakotéż wszystkich duchem języka spokrewnionych do téj wspólnéj naukowéj biesiady.

Niżéj podpisany Wydział gospodarczy prosi uprzejmie raz na zawsze wszelkie interesowane pisma tak naukowe jakotéż i polityczne o powtarzanie wszelkich wiadomości dotyczących przyszłego Zjazdu w swych łamach, ażeby każdy wcześnie o szczegółach tych dowiedzieć się, a przyjazd i współdziałanie zapewnić nam mógł [1]).

Wydział gospodarczy czwartego Zjazdu
lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu.

Przewodniczący — *Dr. Wicherkiewicz Bolesław.*
Sekretarz — *Dr. Osowicki,*
Skarbnik — *Dr. Jarnatowski.*

* Otrzymaliśmy list następujący:

Baranów, 12 maja 1883.

Wielmożny Panie Redaktorze!

Upraszam uprzejmie o ogłoszenie w Przeglądzie Lekarskim niniejszego zażalenia a zarazem ostrzeżenia każdego z moich równych i młodszych kolegów.

Dzieją się tu w Baranowie rzeczy trudne do uwierzenia i nigdzie chyba w świecie niepraktykowane. Żydzi zabronili mi wykonywania praktyki lekarskiéj w Baranowie, gwizdają bowiem, sykają i hałasują na ulicy lub rynku, skoro się pojawię. Co więcéj, kiedy dokonywałem oględzin po śmiertnych zmarłego izraelity i na kartce pośmiertnéj w uwadze umieściłem, że ciało powinno być pochowane dopiero w 48 godzin po śmierci, wystąpił jeden żyd powierzchowności i wejrzenia strasznego i zastąpiwszy mi drogę w zaułku, gdzie żywéj duszy nie było, zapewnił mnie, że z jego ręki śmierć mnie nie minie. Zaledwie zdołałem ujść, aż tu gromada żydów fanatyków obstawia dwoje drzwi mieszkania mojego i bijąc w nie grozi wywaleniem ich z odrzwi. Zaledwie zdołałem z żoną ujść tylnemi drzwiami i schronić się do apteki, gdzie pan aptekarz po-

[1]) Składka dla członków i uczestników wynosić będzie 20 marek, za co wolny wstęp na wszystkie posiedzenia ogólne i sekcyjne, prawo uczestniczenia we wycieczkach i zabawach jakotéż wolne druki i informacyje. — Skarbnik p. Dr. Jarnatowski mieszka: Plac Piotra Nr. 1.

sławszy po żandarmeryję sprawił, że znów wrócić mogłem do mieszkania, które przedtém otworem zostawiwszy na łaskę i niełaskę żydów uciekłem z życiem. Każdy zapyta się, za co mnie to spotyka ze strony żydów? Otóż za to, że umieściwszy na pośmiertnéj kartce uwagę, że ciało powinno być pochowane w 48 godzin po śmierci i że do wymazania tych słów lub wydania nowéj kartki nie dałem się nakłonić niczém. Wreszcie chcieli mnie ująć na podstęp, abym pozwolił ciało pochować i aby na miejsce ciała położono jaką babę zakrytą prześcieradłem dla imitacyi zwłok, gdyby ktoś zapytał się o nie, a mnie obiecywał jeden 2 złr. za to. Zwymyśławszy i oburzywszy się na podobną propozycyję narobiłem sobie wrogów tak dalece, że nie czuję się tu we dnie ani w nocy bezpiecznym.

Miałbym jeszcze wiele do wypowiedzenia, lecz nie chcę zabierać wiele miejsca w Przeglądzie i zadawać Redakcyi trudu, pozostawiając sobie to na kiedyindziéj. *Dr. Piórko.*

* Docent Uniw. Jagiell. Dr. Mars i w roku bieżącym praktykować będzie w Krynicy, gdzie zamieszka pod Pagatem. Tym razem atoli nierównie wcześniéj aniżeli w latach poprzednich rozpocznie czynność swoją w Krynicy, bo już z d. 10 czerwca.

* Z Wilna donoszą *Kur. Warsz.* co następuje: Niedokładną była wiadomość wasza o założeniu Instytutu oftalmicznego przez Dra Jodkę w Wilnie. Instytut taki, fundowany pierwotnie przez Tyzenhauza a utrzymywany obecnie przez hr. Przezdziecką, odławna tu istnieje i rozwija się pod światłym kierunkiem Dra Cywińskiego. Dr. Jodko zamierza założyć inną instytucyję, a mianowicie szpital dla okolicznych chorych w majątku swoim Bobowie, gubernii mińskiéj, co dla tych stron nieposiadających zakładów leczniczych byłoby prawdziwém dobrodziejstwem.

* **Berlin.** W rocznicę pożaru d. 12 bm. uroczyście otwartą została wystawa higijeniczna przez księcia następcę tronu. B. minister Hobrecht miał mowę zagajającą, poczém mówili inżynijer Rietschel i delegowani austro węgierscy Drowie Karajan i Roszahégyi.

* **Wiadomości osobowe.** Helena księżniczka Szlezwicko-Holsztyńska otrzymała stopień lekarski Uniw. londyńskiego, z prawem doglądania położnic i dzieci. — Dr. Stanisław Zaleski, wychowaniec Uniw. warszawskiego, mianowany został asystentem przy zakładzie farmakologicznym prof. Meyera w Dorpacie. — Dr. Aleksander Spiess, znany higijenista, wybrany został fizykiem m. Frankfurtu n./M. — Dr. Richet wybrany został członkiem Akademii Umiejętności w Paryżu w miejsce Sédillota. — Fizyk obwodowy w Świdnicy na Szląsku pruskim Dr. Scholz otrzymał szlachectwo dziedziczne (jest on ojcem ministra pruskiego).

Mianowani lekarzami starszymi w rezerwie Drowie Zygmunt Prus Kniaziołucki i Feliks Marcisiewicz. — Stopień doktora w. n. lek. otrzymał w Uniw. Jagiell. p. Władysław Białkowski, rodem z Krakowa.

Piśmiennictwo lekarskie. Sprawozdanie z poszukiwań wody gruntowéj w okolicach miasta Krakowa, tudzież opis projektu wodociągu zdrojowego z Regulic, opracowane z polecenia Komisyi wodociągowéj przez Władysława Klugera. Kraków, 1883. Duża 8ka, str. 87.

Jak wiadomo Czytelnikom Przeglądu Lekarskiego ze zdań sprawy z posiedzeń komisyi sanitarnéj, sprawa wodociągów krakowskich postąpiła w ostatnich czasach o tyle, iż znanemu zaszczytnie na polu naukowém i praktycznem inżynierowi Klugerowi powierzono badanie wód gruntowych i źródlanych koło Krakowa. Ze zadania tego wywiązał się p. Kluger w krótkim czasie i wykazał, że o sprowadzeniu wody gruntowéj do Krakowa ani myśleć nie można i że jedynie źródła regulickie przydatne są dla przyszłych wodociągów krakowskich. Komisyja wodociągowa przyjęła z uznaniem pracę p. Klugera i poleciła budownictwu miejskiemu wypracować trasę przyszłego wodociągu z Regulic do Krakowa, p. Klugerowi zaś na podstawie téj trasy przedstawić całkowite plany i kosztorysy tego wodociągu. Otóż przedstawienie tych planów i obliczenia stanowią główną treść pracy, z któréj zdajemy sprawę.

Po krótkim wstępie, w którym autor na podstawie rozbiorów chemicznych i oznaczenia ilości wód dowodzi stanowczo, iż o użyciu wody gruntowéj w okolicach Krakowa do wodociągów nie może być mowy, przedstawia autor dokładnie swój projekt wodociągu regulickiego zaczynając rzecz od opisu i pomiarów źródeł, z których się pokazuje, iż Regulice mogą na dobę dostarczać 11000 metrów sześciennych znakomitéj pod każdym względem wody. Następnie opisuje komorę wodną nad zdrojami, proponuje kanał betonowy z Regulic przez południową stronę Alwerni, Porębę, Brodłę, Rybną, Mników, Morawicę, Aleksandrowice, Olszanicę, Chełm i Wolę Justowską do Sikornika pod kopiec Kościuszki, gdzie będzie mieścić się zbiornik ze zapasem wody na 18 godzin. W miejscach odpowiednich będzie kanał betonowy przerwany syfonami żelaznemi i pójdzie w niektórych miejscach mostami akwaduktowemi. Ze zbiornika pod kopcem Kościuszki pójdzie żelazna rura o 60cm. średnicy przez Błonia do miasta, gdzie na rogu plantacyj i ulicy Wolskiéj podzieli się na dwie główne arteryje okrążające popod gościńcem całe miasto wewnętrzne. Z tych głównych rur odejdą sposobem cyrkulacyjnym rury dla ulic i placów śródmieścia a na kształt promieni rury dla przedmieść a od nich rury poboczne, tak iż całe miasto będzie zaopatrzone w wodę należycie. Średnice rur obliczone są ściśle w każdém miejscu do potrzeb rzeczywistych obecnych i przyszłych na podstawie teraźniejszego stanu ludności i prawa jéj przyrostu w Krakowie. Co 60 do 80 metrów dla śródmieścia a co 120 do 160 metrów dla przedmieść proponuje autor hidranty, t. j. przyrządy do zasilania wodą sikawek pożarnych, do spłukiwania rynsztoków i skrapiania ulic tudzież do wypuszczania powietrza gromadzącego się w górnych częściach rur wodociągowych, dziewięć studni na placach publicznych i trzy fontanny, Koszta całkowite wodociągu tego oblicza autor na 1,542.116 złr. oświadczając wszakże, iż przez dokładniejsze i lepsze przeprowadzenie trasy da się cyfra zmniejszyć o jakie kilkadziesiąt tysięcy złr., tak iż rachując na oprocentowanie kapitału zakładowego 5%, na amortyzacyję 3%, na utrzymanie i administracyję 2% wypadłoby na jednego mieszkańca Krakowa płacić rocznie nieco więcéj niż 2 złr. na wodociągi. W części ostatniéj swéj pracy przedstawia autor swe wnioski tyczące się praktycznego przeprowadzenia sprawy wodociągów pod względem technicznym i administracyjnym.

Otóż pokrótce treść nadzwyczaj ważnéj dla Krakowa pracy, która pod każdym względem odpowiada wszelkim słusznym wymaganiom lekarskim, technicznym i administracyjnym i przynosi prawdziwą chlubę autorowi, któremu życzymy, aby myśli jego jak najprędzéj w czyn przeszły. *D.*

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lek.* Nr. 20: Rejchmana: Niestrawność nerwowa; Dunina: O operacyjném leczeniu wysięków opłucnéj (c. d.); Matlakowskiego: Naftalina jako środek opatrunkowy (dok.). — W *Medycynie* Nr. 20: Stolla: Sześć amputacyj z wyłyżeczkowaniem szpiku kostnego; Smoleńskiego: Kilka słów o mięsieniu (dok.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. Klemens DĘBICKI: Iwonicz w r. 1882. Lwów. 1883, w 8ce, str. 46.

E. HOFMANN: Lehrbuch der gerichtlichen Medicin, III vermehrte und verbesserte Auflage. I Hälfte (1—28 arkusza), Wien u. Leipzig 1883. Urban i Schwarzenberg (druga połowa pojawi się jeszcze w ciągu roku bieżącego).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 184.
Dz. W. lek.

KONKURS.

Niniejszém rozpisuje się konkurs na posadę asystenta przy katedrze okulistyki Uniw. Jagiell. na lat dwa począwszy od 1 Października rb. Z posadą tą połączona jest płaca rocznych 600 złr. w. a. tudzież bezpłatne pomieszkanie, opał i światło. Podania wystósowane do Wydziału lekarskiego i należycie uzasadnione wnosić należy do końca Maja rb. na ręce podpisanego.

Kraków 30 Kwietnia 1883. *Rydel*
t. r. Dziekan Wydz. lek.

KONKURS.

Niniejszém rozpisuje się konkurs celem nadania stypendyjum imienia śp. Wincentego Pola fundacyi Anieli z Perraudów 1 voto Rościszewskiéj 2 voto Polowéj w kwocie 340 złr. w. a. z terminem do dnia 15 czerwca rb. a to pod następującemi warunkami.

O stypendyjum ubiegać się mogą ci uczniowie Uniw. Jagiell., którzy:

a) studyja swe kończą na Wydziale lekarskim tegoż Uniwersytetu bezpośrednio przed nadaniem stypendyjum;

b) złożyli już jeden egzamin ścisły w ciągu studyjów z odznaczeniem a zobowiążą się w ciągu roku pierwszego po ukończeniu studyjów złożyć resztujące egzaminy ścisłe i uzyskać dyplom doktora wszech nauk lekarskich;

c) wykażą się świadectwem ubóstwa, że sami bez obcéj pomocy na utrzymanie swe zarabiają.

Stypendyjum wypłacone będzie w dwóch ratach tj. w Październiku 1883 i w Marcu 1884, zawisłych od wykazania się co do pierwszéj raty otrzymaném absolutoryjum, co do drugiéj zaś świadectwem złożonego drugiego egzaminu ścisłego z pomyślnym skutkiem. Stypendysta, który się z dopełnienia warunków tych w terminach powyżéj wymienionych nie wykaże uważanym będzie, jak gdyby stypendyjum utracił.

Kraków dnia 22 Maja 1883. *Rydel*
t. r. Dziekan Wydz. lek.

Po śmierci Dra Bünau osiadłem w **KOŁOBRZEGU** (*Colberg*) i w jego miejsce ordynować będę w Łazienkach solankowych Stowarzyszenia (*Vereins-Soolbad*).

Dr. Weisenberg
przedtém b. lekarz zdrojowy
w zdrojowisku Königsdorf-Jastrzemb.

Dr. Edward Brühl

ordynuje jak w latach poprzednich

w Gleichenbergu

Mieszka w „*Villa Possenhofen.*“

MEDALE NA WYSTAWACH: W WIEDNIU, FILADELFII, PARYŻU, SIDNEY

PAPROTKA i KALOMEL
środek przeciwtasiemcowy
przyrządzony przez LIMOUSIN'A.
Słoik z 16 kapsułkami podzielonemi według przepisu Dra Créquy, wystarcza do wydalenia tasiemca.
Limousin Apt. Kaw. Legii honorowéj,
2 bis. *Rue Blanche* w Paryżu.

PROCÉDÉ LIMOUSIN — BREVETÉ — PATENT-MEDICIN — CAPSULES — OBLATES — PARIS

W IWONICZU

ordynuje od lat dziesięciu

Dr. Klemens Dębicki

były asystent kliniki Uniw. Jagiell.
Mieszka w Hotelu.

WYDAWNICTWO GAZETY LEKARSKIÉJ.

Znajduje się w druku i wyjdzie w końcu Czerwca 1883 r. nakładem Gazety Lekarskiéj

FARMAKOLOGIJA

Profesorów Nothnagela i Rossbacha.

Przekład z niemieckiego.
Cena dzieła wynosić będzie w Warszawie rsr. 6, z przesyłką rsr. 6 kop. 50
Prenumeratę wnosić można do Wydawcy Gazety Lekarskiéj
ul. Marszałkowska Nr. 49.

Dr. ANJELA
Zakład wodoleczniczy w Zuckmantel
(na Szlązku austryjackim).

W najpyszniejszéj okolicy górskiéj tuż pod lasem położony.
Najstaranniejsza piecza o chorych i leczenie tychże.
Użycie elektroterapii, mięsienia i kąpieli igliwijowych.
Najbliższa stacyja kolei żelaznéj **Ziegenhals** jest o milę odległą.

Dr. Adam Świrski

lekarz Zakładu zdrojowo-kąpielowego

w Iwoniczu

ordynuje w czasie sezonu jak w latach poprzednich.
Mieszkanie „STARY PAŁAC.“

KONKURS

na posadę lekarza w miasteczku Czudczu w powiecie rzeszowskim z płacą roczną 175 złr. w. a., 5 sągów drzewa i wszelkie dochody wchodzące w zakres weterynaryi (do 200 złr.) Łaskawe zgłoszenia należycie udokumentowane zechcą PP. Lekarze wnieść najdaléj do **15 Czerwca rb.**

Władysław Gaździński
burmistrz.

Dr. Stanisław Bulikowski

ordynuje przez sezon letni

w GLEICHENBERGU.

Mieszka w *Carolinen Hof* za budynkiem teatralnym.

Zakład leczniczy
prywatny

otwartym został we LWOWIE z dniem 12 Maja rb. na mocy koncesyi Wys. c. k. Namiestnictwa. Przyjmuje chorych płci obojga na wszelkie rodzaje chorób wewnętrznych i zewnętrznych z wykonaniem wszelakich operacyj. Wykluczone są choroby zaraźliwe. Wszelkie wygody i staranna opieka lekarska są zapewnione. Bliższe wyjaśnienia udziela dyrektor zakładu.

Dr. Z. Rieger
Radca zdrowia.
we Lwowie przy placu Halickim l. 10 listownie; ustnie od godziny 2—4 południu.

Dr. Wiktor Żelazowski

b. sekundaryjusz szpitala św. Łazarza w Krakowie

ordynuje w sezonie tegorocznym
począwszy od 1 Maja

W KARLSBADZIE.

Mieszka: Andreasgasse. — „*Wilde Taube.*“

TASIEMIEC.

Wydalają go z pewnością

Gałeczki Secretan

(z wyciągiem świeżych kłębów paprotki z Wogezów).

Jedyny środek łatwy do użycia i trawienia, niesprawiający ani nudności, ani kolek, ani téż rozdrażnienia nerwowego, używany ze stałym skutkiem w szpitalach paryskich.

Składy: W Paryżu Apteka Friedland, 37 Avenue Friedland; w Krakowie w aptekach Redyka i Trauczyńskiego.

„**Gałeczki Secretan** stanowią obecnie jedyny preparat przeciwtasiemcowy, na którego dzielność można liczyć z pewnością.“
(L'Union médicale de Paris 3 Juillet 1880.)

„Dokładnéj czystości wyciągu paprotki zawdzięczamy stałe skutki otrzymywane w szpitalach paryskich przez używanie **Gałeczek Secretan**, które zastępują teraz z korzyścią inne preparata przeciwtasiemcowe.“
(Le Progrès médical de Paris Juillet 1880).

„**Gałeczki Secretan** nie sprawiają nigdy rozdrażnienia nerwowego, jakie spostrzegamy często przy użyciu *Kusso*, korzenia granatowca a osobliwie garbnikanu pelletieryny.“
(Gazette médicale de Paris 10 Avril 1880).

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	**w Austryi** 8 złr. 80 c.	**w Król. Polskiém i Ces. Ros.** 6 rsr.	**w Niemczech** 16 mk.	**we Francyi** 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 2 czerwca 1883. № 22. Rok XXII.

I. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

VII.

Śmierć gwałtowna lub naturalna.

Podał Prof. Dr. Blumenstok.

Mikołaj K., wieśniak, lat 41 liczący, d. 12 kwietnia uderzony został w głowę przez swego służbodawcę, a przybywszy wieczorem do domu czuł się slabym, na pytanie żony zaś, czy go przypadkiem nie zbił służbodawca, odpowiedział: „Chociaż bił, to mi tego nikt nie odejmie.“ Żona stanowczo jednak podaje, że nie spostrzegła na mężu śladów pobicia, a w szczególności nie widziała sińców za uszyma, ani też Mikołaj żadnych znaków jéj nie pokazał. Odtąd Mikołaj K. chorował ciągle a d. 16 kwietnia umarł. Jako główne objawy choroby jego podaje żona: kaszel, krwioplucie, kłucie w piersiach, ból głowy i silne zarumienienie twarzy. Dopiero po śmierci spostrzegła sińce na szyi i po za uszyma. Świadkowie twierdzą, że Mikołaj K. już na parę dni przed pobiciem niedomagał; widzieli, że został pobitym d. 12 kwietnia, jednak nie umieją czy nie chcą podać, w jaki sposób; obwiniony zaś przyznaje, że go ręką uderzył w głowę, tak że mu spadł kapelusz.

Sekcyja, wykonana d. 19 kwietnia przez Dra X. i chir. Y., wykazała co następuje:

Oględziny zewnętrzne: Zwłoki mężczyzny wzrostu średniego dobrze odżywionego. Cała twarz opuchła mocno obrzmiala. Obrzmienie to przechodzi i na szyję. Za lewém uchem znajduje się czarno-zielona smuga szeroka na 2 cm. a długa na 7 cm., ciągnie się ona od ucha i z tyłu aż do obojczyka. Po prawéj stronie również tuż za uchem znajduje się barwy czarno-zielonéj plama, szerokości dłoni, ciągnąca się od ucha przez szyję aż ku obojczykowi. Okolica ucha po téj stronie a zwlaszcza miejsce po za kątem szczęki jest mocno obrzmiałe. Na przecięciu w miejscu opisanych plam tkanka łączna podskórna jest przesiąknięta surowicą i czerwono zabarwiona. Przesiąknięcie to jakoteż zaczerwienienie sięga aż do kości czaszki. Zresztą całe ciało jest barwy brudno zielonéj zwłaszcza z przodu, z tyłu zaś ciemnoczerwonéj. Przyskórek po prawéj stronie na brzuchu w kilku miejscach podniesiony jest w postaci pęcherzy. Na piersiach z przodu nad samym mostkiem i wzdłuż niego popodnoszony jest przyskórek w postaci licznych drobnych pęcherzyków. W miejscu odpowiadającém guzowi kości siedzeniowéj po stronie lewéj znajduje się skóra w rozległości dłoni dorosłego człowieka pomarszczona i lejkowato do środka wciągnięta i jest ona w tém miejscu do kości przyrośnięta. Z ust wypływa płyn brudno-czerwony.

Oględziny wewnętrzne. Przy zdejmowaniu skóry głowy znajdują się zaczerwienienia tkanki łącznéj podskórnéj części miękkich. Zaczerwienienia te są rozlane. Jedno znajduje się na szczycie głowy nad szwem strzałkowym wielkości dłoni dziecięcia. Dwa boczne zaczerwienienia leżą prawie nad samą kością skroniową. Części miękkie są tu surowicą nacieklé i obrzmiałe. Zaczerwienienia te spuszczają się z jednéj strony na dół ku szyi, z drugiéj strony ciągną się ku tyłowi głowy. Kości czaszki są miernéj grubości. Po obmyciu szczególnie po stronie wewnętrznéj brudno-ciemnoczerwone, widocznie krwią przepełnione, bo brudno-czerwono prześwietlające. Naczynia krwionośne a mianowicie żyły opony twardéj są obficie krwią czarną nastrzykane, przepełnione są zwłaszcza żyłki większe jakoteż zatoki opony twardéj, w których krew znajduje się skrzepła. Opony miękkie są również mocno nastrzykane. Zwoje mózgowe są płaskie, rowki pomiędzy zwojami wypełnione. Mózg sam na powierzchni ciemno-szary. Na przecięciu istota korowa cienka odbija mocno od istoty białéj bardzo obficie zasianéj punkcikami czarno-czerwonemi, są to miejsca przeciętych naczyń sączące krew. Móżdżek jest brudno-szary na przecięciu i w nim występują obfite punkciki czarnéj krwi. Gruczoł tarczykowy prawidłowéj wielkości i barwy, tchawica powalana

płynem krwistym brudnym. Przy otwieraniu klatki piersiowéj płuca nie występują z jamy klatki piersiowéj, po lewéj stronie i z przodu rozległy worek sercowy nie przykryty płucem. Worek sercowy wypełniony płynem surowiczym brudno-czerwonym. Serce wielkie, wiotkie, rozdęte, mianowicie komórka jego prawa. Ściany jéj są cienkie, flakowate. Ściany komórki lewéj są prawidłowéj grubości ale wiotkie. Zastawki tak w przedsionkach jakotéż tętnicach są prawidłowe, domykalne. Płuco po stronie prawéj poprzyrastane jest do klatki piersiowéj pojedynczemi strzępkami obficie, zwłaszcza w szczytach i z tyłu. Opłucna jest zgrubiała, przez nią prześwieca miąższ płuca łupkowato brudno żółtawy, na przecięciu płuco prawe jest twardawe, barwy brudno-żółtawéj od występującéj na przecięciu obficie cieczy klejkiéj papkowatéj, brudno żółtawo czerwonawéj. Ciecz ta występuje z najdrobniejszych oskrzelek. Płuco lewe poprzyrastane jest prawie całkiem do klatki piersiowéj, opłucna jego mocno zgrubiała, miąższ płuca suchy, łykowaty, łupkowato-czarny. Na przecięciu wypływa skąpa ilość krwi z bańkami powietrza. Żołądek jakotéż kiszki wzdęte są mocno gazami. Żołądek jest rozdęty, wielki, błona śluzowa jego blada, gładka. W żołądku znajduje się treść śluzowata, brudno-żółta z resztkami pokarmu. Kiszki cienkie są blade, nie zawierają prawie żadnéj treści. W kiszkach grubych również wzdętych trochę zbitego kału. Wątroba prawidłowéj wielkości, torebka jest gładka, przez nią przegląda miąższ wątrobiasto-czerwony. Na przecięciu wypływa mierna ilość czarnéj krwi. Śledziona wielkości prawidłowéj, torebka jéj pomarszczona gładka, miąższ czarno-wiśniowy. Nerki wielkości prawidłowéj, torebka ich gładka, napięta, na przecięciu są barwy jednostajnie wiśniowo-czerwonéj, piramidy nie są odgraniczone. Pęcherz zawiera skąpą ilość bladego moczu, błona śluzowa jego gładka, blada.

Na podstawie tego wyniku sekcyi pp. obducenci wydali następujące o r z e c z e n i e:

Zmiany patologiczne, przy sekcyi znalezione, są następujące: sińce i nasiąknięcie części miękkich czerwono zabarwionych po za uszami i na szyi, przepełnienie krwią żylną kości czaszki, opon mózgowych i mózgu samego, dawno przebyte zapalenie opłucnéj, zastarzały rozpoczynającym się rozpadem płuca prawego powikłany katar oskrzelowy, rozdęcie serca, zwłaszcza komórki prawéj i przekrwienie nerek. Ze zmian tych sińce i infiltracyja części miękkich po za uchem są niewątpliwie skutkiem uderzeń i pozostały za życia; przemawia za tém barwa sińców i wspomniana infiltracyja części miękkich. Spowodowane one zostały przez uderzenie ciałem twardém a tępém, np. kijem, za czém przemawia postać sińca po lewéj stronie. Reszta zmian chorobowych odnosi się do cierpienia płuc zastarzałego, jakotéż rozdęcia serca zwłaszcza komórki lewéj. W skutek cierpienia płuc krew nie przypływała swobodnie, serce z dnia na dzień bijąc forsownie rozdymało się powoli a to upośledzenie krążenia krwi pociągnęło za sobą zastój w żyłach kości, czaszki opon i mózgu i jednem słowem bierne przekrwienie tychże. Dopóki serce zdołało téj pracy podołać, człowiek ten cieszył się względném zdrowiem, jak zaś prędko siła jego stała się niedostateczną, śmierć nastąpić musiała z powodu przekrwienia mózgu będącego wynikiem osłabienia mięśnia sercowego. Człowiek więc ten byłby niewątpliwie długo nie pożył. Co się tyczy obrażeń głowy pochodzą one niewątpliwie od uderzeń za życia, atoli same dla siebie muszą być uważane jako obrażenie ciała lekkie i tylko z biegiem okoliczności u człowieka z przewlekłém a ciężkiém cierpieniem płuc i serca, stały się spółczesne śmierci tegoż i przyspieszyły ją. Same jako takie u człowieka z resztą zdrowego śmierci by za sobą nie pociągnęły. Śmierć tego człowieka stoi więc tylko w pośrednim związku z zadanemi obrażeniami; pośrednio, gdyż z powodu obrzmienia części miękkich na głowie za uszami, następowego zapalenia tychże i wzmożonego z tego powodu napływu krwi do głowy przyczyniły się do silniejszego przekrwienia mózgu i przyspieszyły śmierć. Przekrwienie nerek jest symptomatyczne i towarzyszy zawsze rozdęciu serca.

Sąd mając jeszcze pewne wątpliwości udał się ponownie do pp. obducentów z wezwaniem o wyjaśnienie. Orzeczenie ich dodatkowe opiewało jak następuje:

„Na pytanie odpowiadamy to samo, cośmy w pierwszém orzeczeniu powiedzieli, a mianowicie, że obrażenie na głowie samo przez się u człowieka zresztą zdrowego śmierci za sobą pociągnąć nie mogły. Mikolaj K. oprócz cierpienia zastarzalego płuc i serca zasłabł według zeznania świadków na parę dni przed pobiciem i umarł prawdopodobnie w skutek téj nowéj słabości, która z powodu pobicia mogła się spotęgować. Co się tyczy wyrażenia, że obrażenia śmierć przyspieszyły, to wyrazu tego nie rozumieliśmy jako identyczny z wyrazem s p o w o d o w a n y; chcieliśmy tylko powiedzieć, że człowiek z cierpieniem ciężkiém, przewlekłém, do którego przystąpiła nowa jakaś choroba, łatwiéj i prędzéj umrze, jeżeli nadto zostanie pobity. Tak samo w tym przypadku człowiek z cierpieniem przewlekłém, któremu długiego życia obiecywać nie można było, zapadłszy nadto na jakieś nowe ostre cierpienie, umarł prędzéj będąc nadto pobity.“

Ponieważ zdanie to zdawało się być „niejasném i niedokładném“, Sąd zasiągnął zdania Wydziału Lek., a zdanie to było następujące:

1. Przyczyną śmierci Mikołaja K. prawdopodobnie było zapalenie płuc i osierdzia. Przemawiają zatém:

a) Zmiany znalezione w płucu prawém i w worku sercowym, jakkolwiek w protokole sekcyjnym niedokładnie opisane;

b) Brak innych zmian anatomicznych, któreby mogły wytłumaczyć śmierć dosyć szybką człowieka lat 41 liczącego, dobrze zbudowanego a przedtém całkiem zdrowego;

c) Bieg choroby opisany przez wdowę.

2. Zmiany znalezione przy sekcyi po obydwóch bokach szyi Mikolaja K. s t a n o w c z o uznać należy za p o ś m i e r t n e. Dowodzą tego w sposób niewątpliwy następujące okoliczności:

a) Mikołaj K. miał być uderzony dłonią lub pięścią w okolicę uszną, podczas gdy przy sekcyi znaleziono smugę zieloną, 2cm. szeroką a 7cm. długą, przebiegającą od ucha aż do obojczyka;

b) Żona pobitego podaje, że nie widziała za życia męża żadnych sińców poza uszyma i w ogóle nie widziała żadnych śladów obrażenia, spostrzegła zaś „sińce“ dopiero po śmierci męża.

c) Podczas sekcyi zwłoki były już mocno zgnilizną zajęte, nic więc dziwnego, że i sprawa opustu krwi była już daleko posuniętą.

d) Smugi zielone wzdłuż naczyń są zmianą pośmiertną dobrze znaną każdemu lekarzowi sądowemu, a dowodzącą śmierci ciałek krwi czerwonych, nacięcie zaś uskutecznione przez pp. obducentów wykazało namacalnie, że mieli przed

sobą tylko pośmiertne nasiąknienie tkanin surowicą krwawą.

3) Sekcyja nie dostarczyła zatém żadnego dowodu, jakoby po pobiciu, którego miał doznać Mikołaj K. w d. 12 kwietnia r. b., pozostały jakieś ślady, a tém samém nie ma dowodu anatomicznego, że Mikołaj K. istotnie pobitym został.

4. Tém mniéj istnieje jakakolwiek podstawa do przypuszczenia związku przyczynowego pomiędzy owém pobiciem a śmiercią Mikołaja K.

W przypadku powyższym zdanie dwukrotne pierwszych znawców było nieodpowiedniém tak pod względem formalnym jako i przedmiotowym. Obducenci obowiązani są na mocy ustawy podać przedewszystkiém bezpośrednią przyczynę śmierci; z tego obowiązku nietylko nie wywiązali się, ale nadto przedstawili Sądowi cały rejestr zmian chorobowych i wdali się niepotrzebnie w tłumaczenie czynności fizyjologicznych; chorobę ostatnią denata nazywają „nową jakąś chorobą“, „nowém jakiémś ostrém cirrpieniem“, co jest nieumiejętném i wcale nie przyczynia się do rozwiązania zagadki. Dopiero w końcu i jakby nieśmiele mówią o przekrwieniu mózgu, które śmierć przyspieszyła. A jednak nieco dokładniejsze badanie zwłok byłoby zapewne wykazało zapalenie płuc jako przyczynę śmierci, którą na podstawie opisu niedokładnego Wydział mógł uznać tylko za prawdopodobną. Największy atoli błąd popełnili obducenci uznając zmiany na szyi za niewątpliwie powstałe za życia w skutek obrażenia ciałem tępém; te same zmiany Wydział nietylko na podstawie zeznania świadków ale i na podstawie własnego opisu pp. obducentów musiał uznać stanowczo jako pośmiertne i zburzyć tym sposobem całą budowlę, wzniesioną przeciw obwinionemu. Bardzo rzadko zdarza się sposobność, że na podstawie aktów w kwestyi najważniejszéj, bo będącej jądrem całéj sprawy, można z taką pewnością wydać sąd wręcz przeciwny zdaniu lekarzy, którzy zmiany widzieli i badali. Ale też opis ich w téj mierze jest tak dokładny, że najmniejszéj nie dopuszcza wątpliwości i licuje najzupełniéj z zeznaniem tak klasycznego świadka, jakim jest własna żona denata. PP. obducenci nie zaniechali nacinania miejsc sino zabarwionych i znaleźli „tkankę łączną podskórną przesiąkniętą surowicą“ a więc sprawdzili najdokładniéj plamę pośmiertną; spuścili tylko z uwagi, że plama ta znajdowała się na karku, a więc na miejscu najniżéj położonym u trupa już gnijącego, że zatém większy opust krwi rozłożonéj jest zupełnie wyjaśnionym.

Przypadek ten, jakkolwiek dość prosty, jest jednak pouczającym, o ile zeń wynika, jak można przeoczyć zmiany ważniejsze a uwzględnić małoważne, i jak można z danych pewnych wysnuć wnioski błędne. W takich właśnie razach odpowiedzialność znawcy przedstawia się w całéj doniosłości, jak niemniéj obowiązek ciążący na Sądach, aby w każdym przypadku ważniejszym, gdzie rozchodzi się o życie człowieka lub długoletnią utratę wolności, zasięgały zdania Wydziałów lekarskich, a zaprzestały obarczać ich sprawami małoważnemi.

II. Kazuistyka lekarska w Turcyi.

Zebrał W. Jabłonowski
w Sułtan-Czair w Małéj Azyi.

(Dokończenie. Patrz Nr. 20).

Taki jest obraz tych prawdziwych męczarni, jakie przebył nasz chory w ciągu całych czterech lat, znosząc je z niezwykłą wytrwałością i odwagą. Wreszcie zgodził się na operacyję z warunkiem tylko, ażeby ona nie zachwiała jego egzystencyją, która jest mu zawsze droga, jakkolwiek nieszczęśliwa! Nagle w nocy 31 stycznia rb. wystąpiły napady bardzo silnych bólów w całym ustroju, głównie jednak po stronie prawéj, bólów głębokich jakby usadowionych w kościach, dających się ułagodzić tylko po zażyciu znacznéj dawki chloralu. Nazajutrz znaleźliśmy chorego spokojnym, narzekającym na nieznośne bóle w odnogach. Przepisano mu chloral i bromek potasu w dawce od 3—4 grm.; na wieczór zastrzyknięto 2 centigr. wodochloranu morfinu. Chory spał dobrze aż do rana. Następnego dnia nowy niepokój i wzruszenie. Zastrzyknięty morfin znowu go uspokoił. Z tém wszystkiém jednak wystąpił stan gorączkowy. Tętno 110, skóra gorąca, niespokój stały a niekiedy i majaczenie. Chory wpadł w stan rozpaczy w obec cierpień jakich dotychczas nie doświadczał. Trzecie zastrzyknięcie morfinu sprowadziło ulgę na cały dzień. Chory nie mogąc przyjmować innego pożywienia jak tylko mleko i rosół, słabł coraz bardziéj. Następnego dnia osłabienie wzmaga się a stan majaczenia trwa stale i o godz. 4 po południu chory kończy śmiercią kres długich swych cierpień.

Rozbiór zwłok wykonano w 25 godzin po śmierci na cmentarzu katolickim w Terykej. Jednak tylko z największą trudnością i po usunięciu niezliczonych przeszkód udało się nam otrzymać pozwolenie szczegółowego zbadania mózgu. Należało nam wydobyć ten organ na cmentarzu już prawie po zachodzie słońca! W zachowanych więc częściach poddanych badaniu znaleźliśmy następujące zmiany. Najprzód uderza nas widoczne wklęśnięcie kości ciemieniowéj w pobliżu miejsca dawnego jéj obrażenia. Podobne wgięcie znajduje się po stronie wewnętrznéj kości, co wywołało znaczne zcieńczenie téj ostatniéj. Wklęsłość powstała w następstwie pęknięcia kości jest bardzo widoczną i ma kierunek podłużny. Opony mózgowe przedstawiają się silnie nastrzykane. Błona pajęcza na powierzchni prawéj półkuli jest nieco zgrubiałą. W pobliżu i w dole obrażenia kostnego spostrzegamy inną wklęsłość 4—5 milimetrową biegnącą dolnym brzegiem prawéj półkuli; w tym punkcie opony są zaczerwienione i zgrubiałe. Właściwém siedliskiem wklęśnięcia kostnego jest linija łącząca zwoje mózgowe czołowy i ciemieniowy a także część wewnętrzną pierwszego zwoju czołowego (*lob. Ferrieri*). Pierwsze nacięcie tych części, które wreszcie są nieco żółtawe i jakby obrzmiałe, doprowadza skalpel do próżni, w którą można wprowadzić koniec wskazującego palca. Jamę tę wypełnia surowica jasna, ściany jéj pokrywa cieniutka szarawa błona i cienka warstwa tkanki łącznéj. Głębokość jamy nie przechodzi 1 cm. Nieco głębiéj i nieco na zewnątrz zrobione nacięcia wykazują obecność nacieku szarego umieszczonego w istocie białéj, pod zakończeniem górném brózdy Rolanda i dwóch powyżéj wspomnianych zwojów. Naciek gruby w przecięciu na $^1/_2$ cm. i $1^1/_2$ cm. długi, przedstawia się jakby mała obrzmiałość spłaszczona z przodu w tył, o budowie nitkowatéj, koloru szarawego, wyraźnie odbijającego od jasnego dna istoty białéj, pośród któréj zdaje się być jakby uwięzionym, bo bardzo trudnym do wydobycia. W otoczeniu tego patologicznego utworu znajdują się grudki żółtawe, będące rozmiękczoną istotą białą. Wszystkie inne części półkul mózgowych zdają się być zdrowe. Jednakże trudności spotkane w sprawie rozbioru zwłok sprawiły, że badania dokonano

w sposób niczupełny, nie można było zapewnić się, czy w istocie białéj istniały zmiany lub zwyrodnienia, wywołane stanem chorobowym zwojów i czy nie było zaniku włókien zstępujących, rdzeniowych itd. Stan wielkich naczyń krwionośnych podstawy mózgowia, zarówno jak i małych gałązek zwojowych, przedstawiał się dla nieuzbrojonego oka zupełnie prawidłowym.

Badanie drobnowidowe wykazało, że tkanka nerwowa, otaczająca zmiany powyżéj wymienione, zarówno jak i naciek są w stanie rozkładu gnilnego. Nie widzimy tu jak tylko resztki włókien nerwowych. Myelina przeszła w stan ziarnistego stłuszczenia, przedstawia się w postaci delikatnego proszku, w pośród którego dają się spostrzedz punkty bardziéj ciemnawe będące zziarnionemi ciałeczkami Glügego. Naczynia włosowate mają swe ściany pokryte warstwami tych zziarnień, co sprawia, że przy głębokiéj patologicznéj zmianie są one nieprzenikalne. Jedném słowem jest to stan niewątpliwy dawnego już rozmiękczenia istoty mózgowéj. Ta zaś ostatnia przedstawia się prawidłową tylko na kilka milimetrów na zewnątrz od strony istoty szaréj i białéj.

Badanie histologiczne, dokonane na przekrojach cienkich naprzód stwardnionych w wyskoku i poddanych działaniu płynu pikro-karminowego wykazuje, że budowa nacieku szarawego jest widocznie złożoną z blaszki włókienkowatéj zbitéj i zawierającéj wielką ilość utworów komórkowatych żółtych. Te ostatnie, badane przy powiększeniu 150 razy, przedstawiają się w postaci komórek okrągławych zarodkowych, dość zbitych i ściśniętych jedna ku drugiéj, mających w przybliżeniu 6—8 tysięcznych mm., mniéj więcéj odpowiadających wielkości czerwonych ciałek krwi. Utwory te silnie się zabarwiają pikrokarminem. Tylko niektóre z nich ,pozostają nieco bledsze, a to z powodu stanu stłuszczenia. Warstwa podstawowa, przeważająca w pewnych punktach, składa się z bardzo cieniutkich przedłużonych włókienek, przedstawiających ściśle wszystkie cechy prawidłowéj tkanki łącznéj ośrodków nerwowych. Warstwa ta zabarwia się także dość dobrze, mniéj jednak od pierwiastków komórkowych. Odbijając się wyraźnie od właściwéj tkanki nerwowéj wcale się z nią nie łączy. W nowotworze tym zdającym się być unaczynionym, nie daje się spostrzedz żaden pierwiastek nerwowy. Znajdujemy więc tu tylko utwór z włókienek łącznych i komórek zarodkowych, przeobrażonych w swym rozwoju w rodzaj małego obrzęku spłaszczonego, blaszkowatego, ściśle ograniczonego pośród istoty mózgowéj poniżéj zwojów czoło-ciemieniowych i brózdy Rolanda, w ich części górnéj i wewnętrznéj, obok których znajduje się próżnia wklęśnienia, którego ściany pokryte cienką błonką przedstawiają stan tłuszczowego zziarnienia i dawnego rozmiękczenia.

Takim jest stan zmian patologicznych. Pozostaje ich wytłumaczenie i odpowiedź na zapytanie, jaką jest natura histologiczna tych zmian i jakie jest ich znaczenie? Nie może być rzeczą wątpliwą, że złamanie kości ciemieniowéj przeniosło sprawę zapalną i mniéj lub więcéj powolną aż na istotę mózgową w pobliże i wgłąb zwojów czoło-ciemieniowych. Ta to patologiczna sprawa znalazła dla swego rozwoju grunt niejako już przygotowany, mianowicie gdy uwzględnimy, że nasz chory był lub pozostawał pod wpływem zakażenia kiłowego w chwili obrażenia, jakie otrzymał w głowę. Dwojaka ta przyczyna może nam wyjaśnić i pojawy chorobowe i niejasną naturę cierpień i zmian powstałych w tkance komórkowatéj, przy jednoczesnéj szybkiéj formacyi nowotworu. Jedném słowem sądzę, że mamy do czynienia z kilakiem. Wreszcie znana jest pewna liczba podobnych przykładów, w których obrażenia czaszki lub mózgowia przyspieszyły rozwój nowotworów kiłowych, u osób dotkniętych tém zakażeniem. Co zaś do wytłumaczenia jamy leżącéj pod nowotworem, to prawdopodobnie była ona następstwem albo zniszczenia pozapalnego z wessaniem istoty mózgowéj, lub zwodnionym stanem nowotworu kiłowego, jak to czasem miewa miejsce w ośrodkach nerwowych. Jakkolwiekbądź to ze względu na usadowienie się zmian patologicznych w częściach ruchowych istoty mózgowéj, przypadek spostrzegany budzi pewien interes. Potwierdza bowiem doświadczenie, że wyrostek środkowy, trzy czwarte górne zwoju czołowego i dwie trzecie górne zwoju ciemieniowego, pośredniczą w sprawie ruchowéj odnóg. Zmiany zaś w warstwie ruchowéj istoty mózgowéj były naraz natury niszczącéj (jama rozmiękczona) i miały charakter podrażnienia (nowotwór). Tłumaczą więc one jednocześnie zmiany ruchowe i kurcze a także i napady padaczkowe, jakie spostrzegaliśmy w przebiegu cierpienia. Z téjto także przyczyny czułość i inteligencyja pozostały nietkniętemi.

Na zakończenie słowo o samém leczeniu. Nie należy do mnie, jako do ostatniego z obserwujących, decydować, jakie mogły być korzyści leczenia zastósowanego na czasie, tj. zaraz po obrażeniu czaszki. Można jednak przypuścić, że trepanacyja byłaby była wskazaną. Późniéj zaś gdy rozwój złego rozpoczął się na dobre, operacyja ta bezwarunkowo byłaby zawiodła. Co zaś do właściwego leczenia przeciwkiłowego (rtęć i jodek potasu w wielkich dawkach), sądzę, że takowe było zupełnie odpowiedniém.

III. Oceny i sprawozdania.

Demme: Laseczniki gruźlicze u dzieci.

Że dotychczas żadnych prac nie posiadamy, którEby omawiały zachowanie się laseczników gruźliczych u dzieci, pochodzi ztąd, że w ogóle trudno otrzymać plwociny, zazwyczaj połykane przez chore dzieci. Autorowi udało się przecież przy użyciu całego zasobu „cierpliwości pedyjatrycznéj“ otrzymywać stosowny materyjał przez czas dłuższy i z liczniejszego pocztu gruźliczych dzieci pochodzący. Na wstępie wszelako już nam zaznaczyć wypada, że sposób przeprowadzenia badań nie wszędzie był ścisłym i wolnym od zarzutu licznych niedokładności, jak łatwo się przekonać można odczytując uważnie pracę zamieszczoną w jednym z ostatnich numerów *Berl. klin. Woch.*

Ilość chorych dzieci gruźliczych, które dostarczyły materyjału do poszukiwania laseczników, wynosiła 44 z cierpieniami przeważnie płuc lub przewodu pokarmowego, nerek itd. zawsze gruźliczemi. Najmłodsze dziecko badane liczyło 18 tygodni [1]) (po 37 dniach zmarło ono skutkiem typowych suchot płucnych gruźliczych), najstarsze dzieci nie liczyły więcéj nad dziesięć lat. Wyniki, do których doszedł D., stwierdzają w zupełności poglądy Lichtheima, niedawno temu przez sprawozdawcę omawiane, a mianowicie, że laseczniki gruźlicze stale zjawiają się w obfitéj plwocinie ropnéj suchotników, wśród tychże samych warunków, jak je Lichtheim oznaczył. Niemniéj stwierdza D. znajdowanie się laseczników gruźliczych w treści kałowéj suchotników i zna-

[1]) Gruźlica w tym wieku należy do rzadszych zmian na stole sekcyjnym napotykanych, szczególniéj pamiętać należy o kile prosówkowéj, mogącéj być łatwo mylnie uważaną. *Przyp. Spr.*

czenie tychże laseczników dla rozpoznania gruźlicy przewodu pokarmowego. Szczególniéj zwraca D. uwagę na zjawienie się laseczników gruźliczych u dzieci z nieżytowém zapaleniem płuc po przebytéj odrze. W dwóch przypadkach znikały stopniowo laseczniki, objawy chorobowe ze strony narządu oddechowego również słabły, a w końcu i znikły wśród zwiększającego się ciężaru ciała dziecięcia; w innych zaś przypadkach szły w parze coraz groźniejsze objawy rozpadu miąższu płucnego z obfitością laseczników gruźliczych u dzieci wcale nie „dziedzicznie“ gruźliczych, lecz których narząd oddechowy mniéj był odpornym skutkiem przebytéj odry. W jednym przypadku niepowikłanéj gruźlicy prosówkowéj, gdzie oba płuca były zasiane ogniskami prosówkowemi lub i nieco większemi, nie mógł autor stwierdzić w plwocinie za życia, nadzwyczaj skąpo zresztą wydzielanéj, obecności laseczników gruźliczych. Same ogniska zaś w płucach zawierały nadzwyczaj wielką ilość laseczników gruźliczych. W przypadku ozeny (*ozaena*) u 8-miesięcznego chłopca stwierdził autor przy sekcyi oprócz zapalenia gruźliczego opon mózgowych, rozpoznanych za życia, jeszcze i obecność laseczników gruźliczych wśród wydzieliny pokrywającéj owrzodziałą błonę śluzową nosa. (Na kilka dni przed śmiercią już można było w wydzielinie z nosa również stwierdzić obecność laseczników gruźliczych). D. wypowiada domysł, ażali przypadkiem zapalenie opon mózgowych nie powstało jako ciąg dalszy zmian błony śluzowéj nosa, i że owe dziecko, które pochodziło z zupełnie zdrowych rodziców, nie zostało gruźlicą wprost zarażone przez swego opiekuna, u którego przebywało, a który dotknięty był „ostrą gruźlicą płuc“.

(Przypuszczenie, że gruźlicze zapalenie opon mózgowych powstaje skutkiem chorobowych zmian błony śluzowéj nosa wypowiedział już przed laty kilku Weigert, o czém i Cohnheim wspomniał w swéj pracy: *Die Tuberculose vom Standpunkte der Infectionstheorie.* Od czasu owego upłynęło lat kilka a przypuszczenie Weigerta zostało przypuszczeniem, wyjąwszy oczywista przypadki znacznych destrukcyjnych spraw przegrody nosowéj i kości sitowéj u dzieci i tak tylko wyjątkowo się wydarzających. Sprawozdawca miał nader często sposobność wykonywania sekcyj na zwłokach dzieci *cum Leptomeningitide tuberculosa* i mimo szczegółowéj uwagi na ten punkt zwróconéj, nie udało mu się hipotezy owéj stwierdzić. *Spraw.*). *Dr. Pisek.*

Dr. Mendel: **O zmianach anatomicznych mózgu w niedołęztwie porażenném.**

Zdaniem autora można zawsze przy skrzętném poszukiwaniu wykazać podstawę anatomiczną wspomnianéj choroby, którą ze względu na jéj częstość w tém stóleciu nazwać się ośmielono „chorobą XIX wieku“.

Zmiany w mózgu gołém okiem spostrzegalne są zmienne i nie bardzo charakterystyczne. Wprawdzie dosyć często napotyka się zapalenie opony twardéj lub miękkiéj, rozległe zrosty opony miękkiéj z korą mózgową, zanik zwojów, schorzenie naczyń, ale zmiany te nie są wyłączną cechą zniedołężnienia umysłowego z porażeniem postępowém.

Autor oznacza jako anatomiczną podstawę téj choroby rozlane zapalenie śródmiąższowe kory mózgowéj, prowadzące do zaniku mózgu. Najgłówniejsze zmiany występują w podścielisku tkanin nerwowych, czyli w „neuroglia“. W początkowym okresie choroby spostrzedz można silne przekrwienie czynne kory mózgowéj, w podścielisku tkanin nerwowych i w przestworach limfatycznych liczne wywędrowane ciałka krwi białe, a w najpowierzchowniejszéj warstwie kory, t. j. w tak zwanéj warstwie neuroglijowéj, liczne komórki pająkowate. W późniejszym okresie choroby znajdują się owe komórki pająkowate już w całéj istocie korowéj, podczas gdy komórki nerwowe jeszcze są względnie mało zmienione. Okoliczność ta tłumaczy nam możliwość zmniejszenia się objawów chorobowych w tym okresie. W ostatnim okresie zamienia się kora w masę włóknistą, komórki nerwowe ulegają zanikowi, a mózg w całości przedstawia obraz marskości. Klinicznie odpowiada temu okresowi wysoko posunięte niedołęztwo umysłowe.

Porównywając zmiany te anatomiczne stale napotykane ze zmiennym obrazem klinicznym choroby, musimy przyznać, że owa zmienność w objawach chorobowych tłumaczy się nietylko różnym stopniem zmian anatomicznych lecz także różną siedzibą w różnych obszarach kory.

W ostatnich czasach zebrał autor 3 przypadki choroby, w których inne zmiany anatomiczne wykazać był w stanie, chociaż obraz kliniczny choroby nie różnił się wcale od zwykłego przebiegu. Zmiany anatomiczne gołém okiem spostrzegalne nie różniły się od powyżéj opisanych. Badanie zaś drobnowidowe wykazało, że najwybitniejsze zmiany odnosiły się: 1) do komórek zwojowych i 2) do naczyń, podczas gdy zmiany w podścielisku tkanin nerwowych (w neuroglia) były tylko bardzo nieznaczne.

W przestworach limfatycznych otaczających komórki zwojowe, a zwanych przestworami okołokomórkowemi, znajdowała się zamiast cieczy przeźroczystéj masa mętna, żółtawa mieszcząca w sobie liczne ciałka limfatyczne. Same przestwory okołokomórkowe były znacznie rozszerzone. Komórki zaś zwojowe nie leżały w środku owych przestworów jak w stanie prawidłowym, lecz więcéj obwodowo. Treść komórek była znacznie zmienioną, jądra bardzo niewyraźne, a bardzo wiele komórek uległo wysoko posuniętemu zanikowi.

Małe tętniczki i naczynia włosowate posiadały po największéj części zwężone światło lub też były zupełnie niedrożne. Natomiast małe żyły były wypełnione licznemi ciałkami białemi krwi, a przestwór pomiędzy średnią a zewnętrzną błoną ściany naczyniowéj, zwany przestworem Virchowa-Robina, był znacznie rozszerzony i wypełniony podobną żółtawą masą, jaką i owe przestwory okołokomórkowe. Dodać należy, że wspomniany przestwór między średnią a zewnętrzną błoną naczyniową zastępuje miejsce sieci naczyń limfatycznych, któréj brak w istocie mózgowéj. Nadto w wielu gałązkach *art. fossae Sylvii* znachodziła się *endarteriitis obliterans.*

Punktem wyjścia sprawy chorobowéj były, zdaniem autora, zmiany w większych naczyniach. Zwężenie bowiem światła naczyń sprowadziło tętniczą niedokrewność, która z powodu braku obocznéj kompenzacyi wywołać musiała przekrwienie żylne, a w ten sposób transsudacyję do przestworów limfatycznych i do tkanin. Ztąd powstało rozszerzenie przestworów Virchowa-Robina, wypełnienie tychże surowicą pomięszaną ze strzępami białka i podobne zmiany w przestworach okołokomórkowych. Zatkanie przestworów limfatycznych musi w tém, według autora, ważną rolę odgrywać. Ucisk zaś wywarty z tego powodu na komórki nerwowe musiał prowadzić do zaburzenia ich czynności a wreszcie do ich zaniku.

Ten rodzaj sprawy chorobowéj jest wprost przeciwnym sprawie chorobowéj poprzednio skreślonéj a wychodzącéj z neuroglii. Tam najprzód przekrwienie, tu niedokrewność,

tam bujanie tkanki neuroglijowéj, tu zaledwie ślad tegoż; w obu jednak przypadkach jako ostateczny rezultat zanik komórek nerwowych a klinicznie niedołęztwo umysłowe.

Do rozróżnienia klinicznego obu form może posłużyć długie trwanie choroby z licznemi zwolnieniami i szczególnie częstemi, silnemi napadami, które w obec istniejącego obrzęku kory mózgowéj łatwiéj do skutku przyjść mogą niż w pierwszéj opisanéj formie.

Co do tła, na jakiém się choroba, a w szczególności jéj punkt wyjścia, t. j. *endarteritis obliterans*, rozwija, to zdaniem autora, zmiany Heubnerowskie przydarzają się także u osób niewątpliwie wolnych od kiły. (*Berlin. klin. Wochenschrift*, Nr. 17, 1883). *Dr. Prus.*

E. Bock (w Wiedniu): **Gruźlica prosowata naczyniówki.**

Autor przy pomocy prof. Wedla badał anatomicznie 23 gałek ocznych, wyłuszczonych z trupów, u których oględziny pośmiertne wykazały prosowatą gruźlicę jako przyczynę śmierci. W 19 oczach można było wykazać gruźlicę naczyniówki. Ilość gruzełków, która w jedném oku wykazać można było, wynosiła 2 do 49. Wielkość tychże była rozmaita. Jedne można było widzieć wolném okiem, inne tylko za pomocą badania drobnowidowego. Widzialne wolném okiem miały mało co nad jeden milimetr w średnicy. Tylko większe gruzełki wystawały po nad powierzchnię naczyniówki, lecz bardzo nawet małe można było rozpoznać po żółtoszaréj barwie, powstałéj skutkiem przesunięcia barwika w powierzchownéj warstwie przybłonka barwikowego. Najczęściéj wykazać było można gruzełki naokoło tarczy nerwu wzrokowego, lecz także w okolicy równika i przy ujściu żył obwodowych je napotykano. Gruzełki widoczne tylko za pomocą badania drobnowidowego można we wszystkich częściach naczyniówki wykazać. Początkowo znajdują się gruzełki w *Choriocapillaris*, a dopiero późniéj kiedy się już powiększą i urosną, tedy dostają się do właściwéj naczyniówki *(tunica propr. choroideae)*; najczęściéj znajdują się pomiędzy naczyniami, w przestworach międzynaczynnych, czasem zaś obejmują naczynia lub są przynajmniéj do ścian tychże przyczepione. Co się zaś tyczy budowy histologicznéj gruzełków to nic szczególniejszego w tychże nie znaleziono; w kilku tylko przypadkach można było w nich wykazać wybroczyny. Ponieważ, jak wiadomo, ściśle wziąwszy histologiczna budowa gruzełków nie przedstawia nic cechującego, tedy twierdzenie, że nagromadzenie komórek wielkości białych ciałek krwi, mniejszych zresztą i większych, komórek wreszcie olbrzymich itd. uważać należy za gruzełki, opierało się na tém, że w trupach, z których oczy wyłuszczono, rozpoznano gruźlicę prosowatą w wielu narządach ciała. Autor zresztą przytacza, w których narządach w każdym pojedyńczym przypadku można było wykazać gruzełki. Naczyniówka we wszystkich przypadkach znajdowała się w stanie przekrwienia. (*Virchowa Archiw* t. 91, 3, 1883). *Dr. Machek.*

Prof. Parrot: **Adénopathie topographique de la région céphalo-cervicale chez les enfants.**

Wymiary i zbitość gruczołów limfatycznych szyi bywają tak nieznaczne w stanie prawidłowym, że są one zupełnie niewymacalne; wszelki gruczoł na szyi, który wyczuwamy pod palcami, należy uważać jako uległy już sprawie nacieczenia chorobowego. U noworodków i dzieci kilkotygodniowych badanie kliniczne nie jest w stanie stwierdzić stanu gruczołów szyjnych, nawet w przypadkach takich chorób, jak cierpienia utkania płucnego, kiła dziedziczna itd; gruczoły te stają się cennym materyjałem rozpoznawczym dopiero w okresie wyjścia z pierwszego dziecięctwa.

Anatomicznie gruczoły limfatyczne obu połów szyi rozłożone są symetrycznie w następujących skupieniach: 1) karkowe, 2) sutkowo-przyuszne (zaszczękowe), 3) podszczękowe i 4) nadgnykowe. Gruczoły szyi tworzą rodzaj połączeń łańcuchowych, tak że przyuszne łączą się z podobojczykowemi i śródpiersiowemi; połączenia te mają miejsce ze wszystkich stron mięśnia mostko-obojczyko-sutkowego. Między gruczołami szyi z jednéj strony a różnemi okolicami głowy z drugiéj zachodzi związek za pomocą naczyń limfatycznych; związek ten zdradzają choroby tych okolic; i odwrotnie poznanie anatomicznych stosunków ułatwia rozpoznanie kliniczne, tak że z obrzęku pewnego skupienia gruczołów można napewne wnosić o chorobie okolicy, z obrzękłemi gruczołami w związku będącéj. Zależność ta obrzęków gruczołowych od chorób pośrednio je wywołujących spostrzega się wybitnie na zanikaniu obrzęku gruczołowego, skoro ustaje przyczyna, która ten obrzęk wywołała.

Najczęstszą chorobą, która wywołuje obrzęk gruczołów karkowych (tyłogłowowych), jest wyprysk i liszajec (*Impetigo)* czepca; cierpią tu przeważnie skupienia gruczołów rozłożone między mięśniami kapturowym i mostko-obojczyko-sutkowym. W mniejszym nieco stopniu oddziaływają na te same gruczoły pęcherzyca i strupień (*Tinea capitis*). Liszajec policzków, czoła i uszu *(crusta lactea)* sprawia obrzęk wszystkich gruczołów szyjnych z wyjątkiem skupienia tyłogłowowego. Po wymienionych chorobach skóry, które wywołują obrzęk gruczołów limfatycznych szyi, pierwsze miejsce zajmują skórne cierpienia przyrody kiłowéj, bez względu czy kiła jest nabytą czy dziedziczną; zachodzi jednak różnica mająca wiele wartości dla klinicysty, mianowicie, że w kile dziedzicznéj gruczoły bardzo niewiele obrzmiewają, w nabytéj zaś są nader powiększone i twarde.

Liszaj wargowy stale sprowadza obrzęk gruczołów podszczękowych; cierpienia błony śluzowéj przewodów nosowych również sprawiają obrzęk gruczołów szyi; owrzodzenia błony śluzowéj jamy ust, z wyjątkiem wrzodu twardego, nie oddziaływają na gruczoły limfatyczne. Wszystkie choroby gardła wywołują obrzęk gruczołów limfatycznych, który zazwyczaj bywa symetryczny po obu stronach szyi; stopień tego obrzęku zależy od natężenia i przyrody choroby gardła; podczas gdy zapalenie mieszkowe sprowadza obrzęk nieznaczny, zapalenie gardła płonicowe pociąga za sobą prawdziwe dymienice. Pierwowzorem sprawy chorobowéj, o któréj mowa, jest zajęcie błonicowe gardła; tu sprawa nacieczenia nie zatrzymuje się na gruczołach, lecz zajmuje i sąsiednią tkankę łączną, poczém następuje opuchlina ogólna szyi i wytwarza się stan rzeczy cechujący błonicę w postaci złośliwéj.

Obrzęk zatém gruczołów karkowych (tyłogłowowych) świadczy o liszajcu czepca; przy zajęciu gruczołów szyjnych bocznych (zaszczękowych) baczyć należy na stan gardła i migdałków; obrzęk gruczołu przyusznego powinien zwrócić uwagę lekarza na stan czoła, powiek i policzków chorego; obrzęk gruczołów podszczękowych odnosi się zwykle do części policzków i warg, wreszcie obrzęk gruczołów nadgnykowych świadczy o usadowieniu się sprawy chorobowéj na podbródku. (*Revue de médecine*, zeszyt kwietniowy b. r.) *Dr. A. Kwaśnicki.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie.

Posiedzenie zwyczajne Sekcyi lwowskiéj z dnia 14 kwietnia 1883 r.
Przewodniczący kol. Rieger. Członków obecnych 21.

1) Odczytano protokół z ostatniego posiedzenia i przyjęto.

2) Sekretarz odczytał okólnik ministeryjalny z dnia 29 stycznia 1883, który wzbrania używania mięszaniny wyskoku i eteru jako napoju i rozporządzenie z dnia 23 lutego 1883, które oświadcza, że powinno się używać flaszek białych do ekspedycyi leków, flaszek zaś z podwójnego szkła, flaszek hyalitowych lub czernionych wyjątkowo tylko, jeżeli właściwość leku tego wymaga. Odczytano także reskrypt c. k. Namiestnictwa z dnia 17 marca rb., którym udzielono koncesyję na zakład produkcyi krowianki p. Józefowi Kubickiemu.

3) Na rb. wybrano zastępcą przewodniczącego kol. Krówczyńskiego.

4) Kol. Schattauer przedstawia dziewczynkę, u któréj *lupus* zniszczył zupełnie części chrząstkowe nosa z wyjątkiem części skrzydła prawego. Po wycięciu części nowotworowéj wypełnił otwór za pomocą plastyki z czoła płatem skórnym. Po wygojeniu *per primam* powstała znaczna zgrubiałość walkowata na grzbiecie nosa, którą za radą Diffenbacha, Szymanowskiego i innych wycina się za pomocą cięcia elipsowego. Kol. Schattauer nie użył téj metody, ale zaraz 14go dnia odpreparował od nosa górną część płatu z trzonem, odciął od części, gdzie ubytek był i tę górną część płatu i replantował na dawniejsze miejsce na czole. Płat ten rozprzestrzeniony przyszyty na czole przygoił się. W skutek tego uniknięto szpecącéj blizny na lewéj połowie czoła a górna część nosa odzyskała swój pierwotny kształt. Obecnie przedstawia nos udatną formę.

W dyskusyi nad tym przedmiotom kol. Seifmann zapytuje, dla czego operator nie użył płatu z ramienia? Kol. prelegent oświadcza, że zawsze najlepszym materyjałem do plastyki jest płat z czoła a wreszcie biorąc płat z ramienia zmusza się chorego do unieruchomienia ręki na dni 14, choremu spływa ropa do ust a w końcu płat taki, mając wiele tkanki kurczliwéj, skurczywszy się na nosie robi go bezkształtnym. Kol. Longchampsowi (synowi) odpowiada prelegent, że płaty można brać z lica i wargi, ale operator musi się trzymać najprostszéj drogi i starać się, aby gojenie było szybkie a blizny jak najmniejsze w miejscu wyciętych płatów. Kol. Lech opowiada o 2 przypadkach z kliniki prof. Bierkowskiego, gdzie w jednym powstała ankyloza w stawie łokciowym, a w 2gim chory zrozpaczony, że tak długo musi rękę trzymać, rzucił się z piętra i zabił.

5) Kol. Piasecki opisuje swój własny zakład wodoleczniczy, który przed rokiem o własnych siłach założył w Zakopaném. Zakład ten składa się z 3 domów, z których jeden zbudowany jest z całego drzewa i zaopatrzony w piece tak, że można i w zimie w nim mieszkać.

6) Kol. Ziembicki (syn) mówi o owaryjotomii, którą przed 3 dniami wykonał u kobiety 36 lat mającéj, u któréj w przeciągu 4 miesięcy nowotwór się utworzył. W celu rozpoznawczym robił punkcyję, przy któréj ani kropla płynu nie wyszła a przed operacyją powtórzył ją jeszcze a gdy i ta zawiodła robił cięcie próbne, przy czém wyszło 5—6 funtów masy galaretowatéj i lepkiéj. Jedyną przeszkodą wśród operacyi było oczyszczenie jamy otrzewnowéj, gdyż masa była lepka. Chora ta w 24 godziu po operacyi umarła w skutek *peritonitis septica*. Kol. Pisek, który robił sekcyję, przedstawia stosunki anatomiczno-patologiczne na nowotworze samym. Nowotwór ten nazywa torbielakiem, nowotwory zaś wielkości grochu rozsiane na torebce śledziony i wątroby śluzakami.

6) Kol. Merunowicz mówi o śmiertelności 9 miast Galicyi a odczyt ten ogłosi drukiem. Wnioski, które prelegent postawił, były: 1) urządzić miejską radę zdrowia, 2) wpłynąć na Magistrat, aby biuro statystyczne prowadził człowiek zawodowy, 3) objawić życzenie, aby sprawozdania roczne fizyka były drukiem ogłaszane, 4) aby Tow. lekarskie uznało potrzebę budowy zdrowych a tanich mieszkań. Kol. Czyżewicz sprzeciwia się ostatniemu wnioskowi z tego powodu, że u nas w naszych stosunkach nie jest możebną budowa tanich mieszkań, albowiem podatek 43% od 100 brutto jest bardzo wysoki, dodawszy jeszcze do podatku wydatki administracyjne i kwotę ubezpieczenia od ognia, okaże się suma wydatków, na które nie łatwo odważyć się mogą kapitaliści.

7) Kol. Mahl przedstawia chłopca, u którego pod lewym łukiem żebrowym znachodzi się znaczna wypukłość (*empyema*) pod uciskiem falująca, na któréj czuć się daje niezwykłe tętnienie. Zjawisko tętnienia znika, skoro za pomocą strzykawki nieco ropy się wypuści. Dyskusyję nad ostatniemi 3 przedmiotami odłożono do następnego posiedzenia. *Dr. Pawlikowski.*

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 13—19 maja umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 27,8. Z ospy umarło 0 (1 z. t.); z płonicy 1 (0 z. t.); z błonicy 0 (1 z. t.); z gorączki połogowéj 1 (0 z. t.); z róży 1 (0 z. t). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku ospy, 7 odry, 9 płonicy, 1 błonicy, 1 krztuśca. W tygodniu od 6—12 maja umarło z ospy w Londynie 3, zapadło świeżo 3, leczyło się w szpitalach 79. W Bombaju umarło 66, w Paryżu i Petersburgu po 13, w Roterdamie 11, w Baltimore, Maladze i Madrycie po 6, w Walencyi, Murcyi i Aleksandryi po 5, w Pradze 4, w Amsterdamie 3. Odra panuje w Pradze, Genewie, Liwerpolu, Glasgowie. Tyfus jeszcze wiele ofiar zabiera w Aleksandryi. Z tyfusu osutkowego umarło w Madrycie 9, w Murcyi 5, w Maladze 4, w Saragosie i Petersburgu po 3, w Walencyi 2. W Kalkucie umarło od 11—17 marca z cholery osób 55. W Moskwie doniesiono od 21—28 kwietnia o 493 przypadkach chorób zakaźnych. O 55 przypadkach duru osutkowego, 66 gorączek tyfusowych, 161 duru powrotnego, 79 odry, 19 płonicy, 7 ospy, 28 błonicy, 21 róży. Od 29 kwietnia do 5 maja doniesiono o 364 przypadkach chorób zakaźnych. O 43 przypadkach duru osutkowego, 37 gorączki durzycowéj, 123 duru powrotnego, 63 odry, 14 płonicy, 10 ospy, 22 błonicy, 10 róży.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 6—12 maja umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 25,4; w Warszawie 27,9; w Poznaniu 22,1; w Wiedniu 37,0; w Budapeszcie 33,2; w Pradze 42,7; w Berlinie 28,6; w Wrocławiu 34,8; w Gdańsku 19,5; w Kolonii 26,9; w Mnichowie 34,2; w Dreźnie 30,6; w Lipsku 29,2; w Bazylei 14,3; w Brukseli 36,8; w Amsterdamie 29,3; w Hadze 28,0; w Paryżu 29,5; w Londynie 21,8; w Kopenhadze 32,5; w Stokholmie 26,0; w Chrystyjanii 19,6; w Petersburgu 41,9; w Odesie 30,0; w Rzymie 35,2; w Wenecyi 21,3; w Bukareszcie 31,2; w Madrycie 49,6; w Lizbonie 2,16; w Aleksandryi 40,5; w Nowym Yorku 28,3; w Filadelfii 23,8; w Bombayu 30,6. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 30 maja. Uroczystość uniwersytecka odbyła się w sobotę przeszłą według programu zapowiedzianego. PP. Ministrowie Conrad-Eybesfeld, Dunajewski i Ziemiałkowski przybyli w piątek wieczór, przywitani na dworcu przez p. Namiestnika, prezydenta miasta i Senat akademicki. W sobotę o godzinie 10 rano Minister Oświaty w towarzystwie starosty krakowskiego przybył do wielkiéj sali Biblijoteki jagiell., gdzie przemówił doń po niemiecku rektor Uniw.; po odpowiedzi p. ministra, w któréj podniósł znaczenie prastaréj Wszechnicy i zapewnił o najlepszych swoich dla niéj chęciach, nastąpiło przedstawienie wszystkich profesorów i docentów, poczém p. Minister zapisał się po polsku do księgi pamiątkowéj. O godzinie 11éj poprzedzeni przez bedelów z berłami członkowie Uniwersytetu w togach udali się do kościoła św. Anny, za nimi rektor z ministrem oświaty. Poprzednio już zebrali się w kościele ministrowie Dunajewski i Ziemiałkowski, Namiestnik, Prezydent Smolka, i wszyscy obecni dostojnicy rządowi i autonomiczni; nie było tylko Marszałka krajowego, którego choroba zatrzymała we Lwowie. Mszę celebrował X. biskup Dunajewski. O ½12éj ruszył pochód z kościoła na miejsce uroczystości, gdzie na podwyższeniu zasiedli dostojnicy, obok nich profesorowie, a na wielkiéj kilkaset osób mieszczącéj trybunie zaproszona publiczność.

Miejsce całe ozdobione było flagami o barwach narodowych i herbami ziem polskich, a nad niemi powiewała chorągiew Państwa. Sekretarz Uniw. Dr. Cyfrowicz odczytał akt fundacyjny w języku łacińskim, który następnie podpisany przez wszystkich obecnych dostojników, profesorów i radców miejskich włożony został do puszki i wsunięty do wyżłobienia w kamieniu węgielnym. Po dopełnieniu aktu poświęcenia przez X. biskupa wstąpił na podwyższenie rektor Uniw. X. Dr. Pelczar i przemówił do zebranych, a po nim w imieniu młodzieży słuchacz praw p. Leo.

Po południu p. minister oświaty zwiedził kliniki i zakład anatomii patologicznéj oprowadzany przez dziekana prof. Rydla i kilku profesorów, poczém zajrzał do ogrodu botanicznego. O godzinie 6éj odbył się w Sukiennicach obiad, którym członkowie Uniwersytetu podejmowali dostojnych gości. Pierwszy toast na N. Pana wniósł rektor Uniw., poczém nastąpiły inne toasty na pp. ministrów, namiestnika itd., wszystkie w języku polskim z wyjątkiem toastu niemieckiego na cześć p. ministra oświaty wniesionego przez prof. Kasparka, na który p. minister odpowiedział również po niemiecku na Uniwersytet i Akademiję.

W niedzielę przedpołudniem p. minister oświaty zwiedził szpital św. Łazarza a względnie grunt, przeznaczony przez Wydział krajowy pod budowę zakładów klinicznych i patologicznego. Przybyły z nim referent uniwersytetów p. radzca David starał się poinformować o potrzebach Wydziału lekarskiego i zwiedził nadto gabinet fizyczny prof. Wróblewskiego. W niedzielę wieczór wyjechał p. Namiestnik do Lwowa, w poniedziałek rano zaś p. Minister Oświaty do Wiednia, żegnani na dworcu przez rektora i Senat akademicki.

* Dyrekcyje galicyjskich i węgierskich kolei zaprowadzają bieżącego roku od 1go czerwca do 30 września ze Lwowa i innych miast aż do stacyi Poprad-Felka bilety jazdy tam i napowrót za bardzo zniżoną cenę, ważne na 45 dni, bez opłaty za pakunek ważący 25 kgr. Jak wielkie jest obniżenie ceny wspomnioną jazdą, dosyć powiedzieć, iż bilet 3éj klasy ze Lwowa aż do stacyi Poprad-Felka, a zatém nastręczający sposobność zwiedzenia Krynicy, Szczawnicy, Żegiestowa, Szmeksu, Lubowni, Schwarzenbergu, Rank-Harlein i tym podobnych zdrojowisk kosztuje tylko 11 złr. 20 ct. — Równocześnie także od 1go czerwca do 30 września kursować będą trzy pociągi codziennie z Tarnowa do Krynicy, mianowicie 1szy pospieszny i wyłącznie osobowy pociąg odchodzić będzie z Tarnowa w południe o godzinie 1éj m. 45 (zatém bardzo dogodny wyjazd z Krakowa rano o g. 10 m. 48); 2gi pociąg odchodzi z Tarnowa w południe niespełna o g. 3éj; 3ci zaś wyjeżdża z Tarnowa rano o g. 5 m. 22; pierwszym przeto pociągiem przyjedzie się do Muszyny wieczorem o g. 7éj, zatém jest wszelka możebność jeszcze w jasny dzień stanąć na miejscu w Krynicy.

* W sprawie baranowskiéj, poruszonéj w Nrze przeszłym przez Dra Piórkę, otrzymaliśmy następujące sprostowanie, które trzymając się zasady bezstronności ogłosilibyśmy w każdym razie; niepotrzebnie więc prostujący uciekają się pod skrzydła opiekuńcze ustawy prasowéj.

Szanowna Redakcyjo!

Z powodu zamieszczonéj w „Przeglądzie Lekarskim Nr. 21" korespondencyi z daty Baranów 12 maja 1883 upraszamy stósownie do §. 19 ustawy prasowéj o umieszczenie w najbliższym numerze Przeglądu Lekarskiego następującego sprostowania:

Faktyczne okoliczności w korespondencyi téj przytoczone są zupełnie niezgodne z prawdą, należy bowiem do wymysłów rozbujałéj fantazyi korespondenta, jakoby z powodu że Dr. Piórko w kartce pośmiertnéj pewnego izraelity zamieścił uwagę, że ciało ma być pochowane dopiero w 48 godzin po śmierci, wystąpił był przeciw niemu żyd „powierzchowności wejrzenia i straszliwego" i groził mu śmiercią, jakoby następnie gromada żydów fanatyków obstawiła drzwi jego mieszkania i groziła wywaleniem, jakoby odważny doktór zaledwie uciekł z życiem.

Prawdą jest tylko, że w Baranowie dzieją się rzeczy trudne do uwierzenia i nigdzie niepraktykowane, gdyż nigdzie lekarz nie występuje z taką namiętnością przeciw publiczności, z któréj ostatecznie żyje.

Faktem jest, że gdy Huta Katz zmarł na dniu 8 maja br. o godzinie 4 po południu, Dr. Piórko wyraźnie i własnoręcznym pismem zezwolił, aby ciało bezzwłocznie pochowane zostało, co też zaraz na dniu 9 maja br. uskuteczniono.

Zresztą powołujemy się na załączone pon. świadectwo zwierzchności gminnéj miasta Baranowa złożonéj z członków obojga wyznań, o którego zamieszczenie również upraszamy. Sprowadzenie lekarza do Baranowa nastąpiło w skutek usilnego starania całéj ludności, i gmina płaci mu rocznéj pensyi 200 złr., śmiesznym jest zatém zarzut, jakoby żydzi zabronili Drowi Piórko praktyki lekarskiéj w Baranowie.

Zwierzchność gminy izraelickiéj

Baranów dnia 30 maja 1883.

(Dwa podpisy nieczytelne).

Świadectwo!

Stwierdzamy niniejszém, że fakta podane w korespondencyi „Przeglądu Lekarskiego" Nr. 21 z daty Baranów 12go maja br. nie mieszczą w sobie słowa prawdy, że przeciwnie okoliczności przez Zwierzchność gminy izraelickiéj celem odparcia pomienionéj korespondencyi przytoczone, są jak najzupełniéj prawdziwe.

Zwierzchność gminy miasta.

Baranów dnia 30 maja 1883.

Burmistrz Józef Drzewiński podpisujący znakiem +
i 3 podpisy nieczytelne radnych.

Ω Na porządku rozmów codziennych we Frankfurcie nad Menem jest obecnie przypadek nader rzadki. Przed paru miesiącami urodziła się dziewczynka, z któréj obu piersi za uciskiem wypływała dość znaczna ilość mleka, tak że to nowonarodzone dziecko mogłoby od biedy już karmić drugiego noworodka. — Przypadki takie są już w literaturze znane. I tak Baudelouque (Health I, 219) opowiada, że we wsi Aleton dziewczynka ośmioletnia przykładała do piersi nowonarodzone dziecię swéj matki. Dziecię chwytało za brodawkę, a skutkiem tego podrażnienia pierś się zaczęła wkrótce rozwijać i dziecię miało co ssać. Dr. Carganico opisuje następujący znów przypadek (*Schmidt's Jahrbb.* XXIII, 73). Kobieta 59-letnia przykładała często swą wnuczkę do piersi. Wkrótce pierś wydzielać zaczęła tyle mleka, że kobieta ta była mamką swojéj wnuczki. Kobieta ta miała 8 dzieci, ostatnie przed 17 laty. — Will (*Ueber die Milchabsonderung* 1850, Erlangen) wspomina o podobnych wydarzeniach u kobiety 34-letniéj u dziewczynki, mającéj zaledwie 30 tygodni. — W przypadku obserwowanym obecnie we Frankfurcie mleko zaczęło się wydzielać z piersi w 8 dni po urodzeniu. Dziewczynka ta ważyła po urodzeniu zaraz 2500grm. i była bardzo wątłą. Obecnie można wycisnąć do 10 łyżek stołowych mleka przez dzień. Jeżeli się kilka godzin nie naciska brodawek, to za silniejszym uciskiem mleko tryska całym promieniem. Badanie drobnowidowe dokonane w 16 dniu po urodzeniu, wykazało, że ciecz wypływająca ze sutków niczém się nie różni od zwykłego mleka. Najobfitszém było wydzielanie w 20 dniu życia dziewczynki. Od tego czasu zaczęło ono ustawać. Obecnie dziewczynka ma 10 tygodni. Wydzielanie mleka znacznie się zmniejszyło, tak, że przy ucisku tylko krople pojedyńcze wypływają. Dziecię rozwija się zdrowo i prawidłowo. (*Frankf. Ztg*)

Ω Dwa najgłówniejsze źródła Badenu pod Wiedniem „*Ursprung*" i „*Pelegrinus-Quelle*" są w niebezpieczeństwie. W ostatnich dniach kwietnia wypływ obydwóch tych ciepłych źródeł znacznie się zmniejszył. Dostarczały one przedtém 82 tysiące wiader wody na 24 godzin. Obawiają się znacznéj katastrofy. Za przyczynę zmniejszenia obfitości uważają budowy ziemne, które rozpoczęto blisko tych źródeł.

Ω W jednem z największych miast Palatynatu, jak opowiada *S. Gr. Ztg.* odbywał się niedawno przegląd wojska. Lekarz sztabowy oglądał między innymi młodego żołnierza, dobrze zbudowanego, gdy go uderzyło na ramieniu lewém szczególniejsze znamie. Przy bliższém wpatrzeniu się można było wyraźnie wyczytać napis w skórze czcionkami wypalony: „*Tod den Reigen (Reichen).*" Żołnierz zapytany co napis ten ma oznaczać, odrzekł z pewnego rodzaju namaszczeniem, że jest demokratą socyjalnym i że napis na ramieniu jest jego dewizą.

* Według nadesłanego nam wykazu w Cieplicach czeskich bawiło do dnia 28 maja gości 1300.

(St.) **Karlsbad**. W ciągu ostatniego tygodnia olbrzymi napływ chorych, przeważnie z niemieckich prowincyj; codziennie przybywa 200—350 osób. Do dnia 25 maja przybyło 4.914 rodzin, złożonych z 6.369 osób. Na posiedzeniu Towa-

rzystwa lekarzy karlsbadzkich ponownie wybrany został prezesem Dr. Hochberger.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Warszawa.** Na opróżnioną przez prof. Andrejewa posadę mianowany został w charakterze docenta ordynator szpitala ujazdowskiego Dr. Michał Łapczyński. — **Wiedeń.** Na posiedzeniu Wydziału lek. z d. 19 maja toczyła się walka o następcę po Arlcie, a względnie po Stellwagu. Komisyja z 4 członków składająca się przedłożyła nie mniéj aniżeli 3 odmienne wnioski. Prof. Arlt przedstawił terno: Jäger, Becker, Sattler; prof. Stellwag zaś: Jäger, Sattler, Mauthner, a wreszcie proff. Albert i Nothnagel: Jäger, Mauthner i Sattler. Głosowanie w Wydziale miało rezultat następujący: na 1ém miejscu Wydział przedstawia jednogłośnie prof. Jägera, na 2ém miejscu prof. Mauthnera (10 głosami przeciw 6 głosom, które padły na Sattlera), a na 3ém Sattlera (8 głosami przeciw 6, które padły na prof. Schnabla z Insbruku). Z uwagi, że jednogłośnie na 1ém miejscu przedstawiony prof. Jäger liczy lat 64 i jest słabowitym, walka o kandydata ewentualnego była uzasadnioną. Po głosowaniu prof. Arlt opuścił salę posiedzeń, oświadczając, że nigdy w niéj się nie pojawi więcej. — **Praga.** Docent prywatny Wydziału lek. w Uniw. niemieckim Dr. Józef Fischl otrzymał tytuł nadzw. prof. Uniw. — **Insbruk.** Docent prywatny Dr. Fryderyk Schauta mianowany został nadzw. prof. ginekologii.

* **Wiadomości osobowe.** Stopień lekarzy w Uniw. warszawskim otrzymali pp. Bronisław Handelsmann, Bolesław Swida i Benjamin Szereszewski.

Dyrektorem szpitala dzieci św. Józefa w Wiedniu mianowany został dotychczasowy sekundaryjusz Dr. Heim.

* **Nekrologija.** W Bernie szwajcarskiém umarł prof. fizyjologii Gabryjel Valentin (urodzony w r. 1810 we Wrocławiu od r. 1836 prof. fizyjologii w Bernie, odznaczył się głównie w fizyjologii trawienia).

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Pamiętniku Tow. lek. warsz.*, zeszycie II: Mierzejewskiego i Erlickiego: Przypadek *sclerosis lateralis amyotrophicae*; Pawińskiego: Badania kliniczne nad arytmią serca w ogóle a w szczególności przy wadach zastawek; Strzeszewskiego: Porównanie pożywności mięsa wołowego, roślin strączkowych i glutenu (dok.). — W *Medycynie* Nr. 21: Stolla: Sześć amputacyj z wyłyżeczkowaniem szpiku kostnego (c. d.); Kadlera: Mydło rtęciowe jako środek t. zw. antisyfilityczny. — W *Gazecie Lek.* Nr. 21: Rejchmana: Niestrawność nerwowa; Dunina: O operacyjném leczeniu wysięków opłucnéj (dok.). Święcickiego: Przypadek znacznego zrośnięcia błony doczesnéj z kosmówką i owodnią w ujściu wewn. szyi macicznéj.

Redakcyja otrzymała:

T. H. HUXLEY: Wykład biologii praktycznéj. Za upoważnieniem autora przetłumaczył August Wrześniowski. Warszawa 1883, in 8vo str. 270.

Dr. EBERS: Sassów, Zakład wodoleczniczy w Galicyi pod Złoczowem. Lwów 1883, in 8vo str. 6.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie w dniu 6 czerwca b. r. o godzinie **szóstéj** wieczór w sali Akademii Umiejętności zwyczajne posiedzenie, na którém 1) po wyczerpaniu przedmiotu z przeszłego posiedzenia pozostałego 2) kol. Obaliński przedstawi chore w szpitalu św. Łazarza operowane, 3) kol. Schramm przedstawi chorych operowanych w klinice chirurgicznéj, a 4) kol. Blumenstok okaże preparaty sądowolekarskie.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Niniejszém ogłaszamy konkurs w celu obsadzenia posady lekarza kolejowego w Nowym Sączu. O bliższych warunkach z obsadzeniem téj posady połączonych dowiedzieć się można w zarządzie ruchu kolei Tarnowsko-Leluchowskiéj w Tarnowie i u naczelnika stacyi w N. Sączu. Płaca roczna wynosi 450 złr. Termin objęcia téj posady przypada na dzień 1 października 1883. Jest atoli możebném, że i przed tym terminem zajdzie potrzeba obsadzenia téj posady, dla tego też współubiegający się, którzy każdéj chwili posadę objąć będą gotowi, pierwszeństwo mieć mogą. Dotyczące podania należy wnosić nieostępłowane do Zarządu ruchu kolei Tarnowsko-Leluchowskiéj w Tarnowie, najdaléj do końca Czerwca 1883.

Tarnów 1 Maja 1883.

Zarząd ruchu.

KONKURS.

Niniejszém rozpisuje się konkurs celem nadania stypendyjum imienia śp. Wincentego Pola fundacyi Anieli z Perraudów 1 voto Rościszewskiéj 2 voto Polowéj w kwocie 340 złr. w. a. z terminem do dnia 15 czerwca rb. a to pod następującemi warunkami.

O stypendyjum ubiegać się mogą ci uczniowie Uniw. Jagiell., którzy:

a) studyja swe kończą na Wydziale lekarskim tegoż Uniwersytetu bezpośrednio przed nadaniem stypendyjum;

b) złożyli już jeden egzamin ścisły w ciągu studyjów z odznaczeniem a zobowiążą się w ciągu roku pierwszego po ukończeniu studyjów złożyć resztujące egzaminy ścisłe i uzyskać dyplom doktora wszech nauk lekarskich;

c) wykażą się świadectwem ubóstwa, że sami bez obcéj pomocy na utrzymanie swe zarabiają.

Stypendyjum wypłacone będzie w dwóch ratach tj. w Październiku 1883 i w Marcu 1884, zawisłych od wykazania się co do pierwszéj raty otrzymaném absolutoryjum, co do drugiéj zaś świadectwem złożonego drugiego egzaminu ścisłego z pomyślnym skutkiem. Stypendysta, który się z dopełnienia warunków tych w terminach powyżéj wymienionych nie wykaże uważanym będzie, jak gdyby stypendyjum utracił.

Kraków dnia 22 Maja 1883. *Rydel*
t. r. Dziekan Wydz. lek.

KONKURS.

Zaraz do objęcia

Posada lekarza miejskiego

gminnego. Dotacyja roczna 350 złr. w. a. wolne mieszkanie, osobno oględziny itd. praktyka w miasteczku i okolicy nieograniczona. P. T. kompetujący Drowie medycyny raczą swoje świadectwa do Zarządu gminnego w WILLAMOWICACH przesłać.

Bliższéj wiadomości udziela Aptekarz F. Schneider w Willamowicach.

Gandor
Burmistrz.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 9 czerwca 1883. **№ 23.** Rok XXII.

I. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

VIII.

Dzieciobójstwo lub śmierć noworodka z powodu zaniechanéj pomocy.

D. 17 kwietnia znaleziono w szpichlerzyku pod podłogą ciało dziecięcia płci żeńskiéj obwinięte w szmaty; matka dziecięcia tego Feska F. podała, że d. 7 kwietnia późnym wieczorem poczuła silne bóle w krzyżach, że zaledwie zdołała zajść do szpichlerzyka, a tu zrobiło się jéj tak słabo, że ściany trzymać się musiała, a gdy bóle się wzmogły, uklękła a rękami chwyciła się skrzyni tamże stojącéj; gdy dziecko wychodzić zaczęło, Feska chcąc sobie dopomódz chwyciła je za główkę i wyciągnęła kadłub, przyczém prawdopodobnie pępowina się przerwała; dziecię upadło na podłogę i zakrzyczało; Feska zdjąwszy ze siebie zapaskę, zawinęła w nią dziecko, które wtedy wydawało głos, jakby płakało; sama zemdlała i straciła przytomność, a gdy ją odzyskała, dziecię już nie żyło.

Sekcyja wykonana d. 18 kwietnia przez Dra A. i chirurga B. wykazała co następuje:

Oględziny zewnętrzne: Ciało dziecięcia płci żeńskiéj 50cm. długie o prawidłowych rozmiarach czaszki i klatki piersiowéj wykazuje: 1) Skóra głowy pokryta włosem dość gęstym, barwy ciemnoblond, długości 1cm. 2) Odpowiednio szczytowi czaszki, jako też części górnéj potylicznéj wykazuje przekrój poprzeczny skóry mocne przekrwienie tychże części. 3) Gałki oczne zapadłe, niebieskawo zabarwione. 4) Na powłokach brzusznych lekkie ślady zgnilizny; pępowina 4½cm. długa przedstawia na końcu nierówną, poprzecznie przerwaną płaszczyznę. 5) Na skórze plec, jakoteż odnóg dolnych rozległe ślady wybitnéj zgnilizny. 6) Z odbytnicy wydziela się smołka w znacznéj ilości.

Oględziny wewnętrzne: *a)* Kości czaszki nienaruszone; odpowiednio szwowi strzałkowemu, tudzież na połączeniu kości bocznych z kością potyliczną spostrzegamy wybitne przekrwienie na powierzchni okostnéj powyższego układu kostnego. *b)* Opony mózgowe w miejscu powyższém układu kostnego mocno przekrwione, jako też i mózg w półkulach swych dużych na rozlicznych przekrojach wynaczynienia naczyń włoskowatych, zresztą miąższ mózgu nieco blady, spoistości rzadkiéj. *c)* W jamie ust nieco śluzu prawidłowego. Klatka piersiowa wypełniona zupełnie płucami, które wyjęte wraz ze sercem pływają na powierzchni wody. Miąższ płuc blady, w sercu bardzo mało krwi nie skrzepłéj. *d)* Wątroba, jelita, śledziona blade, niedokrewne, pęcherz moczowy próżny, nerki to samo o powierzchni bladawéj.

Otóż dosłownie podany protokół sekcyjny, na podstawie którego pp. obducenci następujące wydali orzeczenie:

Na podstawie oględzin jakoteż wymiarów pośmiertnych orzekamy, że płód przyszedł na świat zupełnie donoszony, żyjąc życiem zewnętrznem, jakto badanie płuc wykazało.

Bezpośrednią przyczyną śmierci jest udar mózgowy, wywołany miejscowém przekrwieniem, które powstać mogło tylko w skutek zewnętrznego urazu, jakoto przez upadnięcie w kierunku pionowym ku podstawie stałéj i twardéj z nieznacznéj wysokości, albo przez dość słabe uderzenie o przedmiot twardy i szeroki, jak np. o podłogę. Ponieważ nie znaleźliśmy złamania czaszki, przeto przyjąć musimy, że upadnięcie domniemane nastąpiło z nieznacznéj wysokości, a to najwyżéj ½ metrowéj, a względnie że uderzenie nie było zbyt silne; z dwóch możebności wspomnionych żadnéj wykluczyć nie możemy, gdyż obie mogą mieć równe uzasadnienie.

Zważywszy wreszcie miejsce przekrwienia opon mózgowych tudzież wybitną niedokrewność innych

narządów zewnętrznych orzekamy, że przerwanie pępowiny nastąpiło prawdopodobnie po doznanym urazie zewnętrznym, po którym jednak dziecko jeszcze przez kilka minut żyć musiało, ile że w razie natychmiastowéj śmierci upływ krwi przez naczynia pępowinowe byłby niemożliwy. Jednak i téj możności wykluczyć nie możemy, że naprzód pępina przerwaną została, poczém nastąpił bezzwłocznie uraz zewnętrzny, po którym jednak także przez jakiś czas dziecko oddechało.

Nakoniec dodajemy, że uderzenie, będące bezpośrednią przyczyną śmierci, było bezwzględnie śmiertelne, niepodwiązanie zaś pępowiny może wywołać upływ krwi a zatém śmierć dziecięcia, ale nie zawsze, bo czasém krew sama się zatamuje.

Na wniosek Prokuratoryi rządowéj Sąd zażądał orzeczenia jeszcze od dwóch innych znawców, Drów C. i D., a zdanie ich opiewało jak następuje:

Śmierć dziecka nastąpiła w skutek udaru mózgowego, który powstał w skutek urazu zewnętrznego. Urazem takim, jak to już pierwsi znawcy podali, mogło być albo upadnięcie albo uderzenie. Upadnięcie, któreby wywołało udar mózgowy, musiałoby być z wysoka. Wypadnięcie zaś rodzącego się dziecka z części rodnych, gdy osoba rodząca klęczy i gdy główka już z pochwy się wytoczyła, nie może wywołać tych skutków, jakie na dziecku znaleziono, albowiem tak mała jest przestrzeń między ziemią a szczytem główki wytoczonéj, że o silniejszém uderzeniu mowy być nie może.

Dodajemy, że w razie uderzenia się dziecka w główkę przy porodzie znaki uderzenia powinny być widoczne od strony czoła lub twarzy, albowiem przy porodzie zwykłym prawidłowym, jakim z pewnością ten był, rodzi się dziecię potylicą ku przodowi matki, a siła wypierająca macicy popycha dziecko także naprzód, z czego wynika, że potylica najmniéj jest narażoną na uderzenie, jeżeli rodząca klęczy przy porodzie.

Z tych przyczyn zeznanie podsądnéj uważamy jako zupełnie niewiarogodne, a przyczynę uszkodzenia w ten sposób powstałą wykluczamy zupełnie.

Za uderzeniem umyślném w głowę dziecka przemawia ta okoliczność, która przyczyniła się do wykluczenia poprzedniego, to jest że ślady uderzenia były po stronie potylicy.

Że poród odbył się prawidłowo, to jest twarzą ku tyłowi a potylicą ku przodowi matki, świadczy ta okoliczność, że poród był lekki, podczas gdy porody takie, gdzie dziecko rodzi się twarzą ku przodowi matki, należą zazwyczaj do najcięższych główkowych i wymagają często zabiegów operacyjnych.

Na podstawie tych orzeczeń Prokuratoryja oskarżyła Feskę F. o dzieciobójstwo, a przy rozprawie głównéj, odbytéj w d. 20 lipca przed trybunałem przysięgłych, znawcy Drowie C. i D. powtórzyli orzeczenia swe właśnie podane. Obrońca atoli ze względu na sprzeczność, zachodzącą pomiędzy orzeczeniem tém a zdaniem obducentów, wniósł odesłanie akt do Wydziału lekarskiego, na co trybunał się zgodził odraczając rozprawę.

Sąd żądał od Wydziału odpowiedzi na następujące pytania:

1. Co było bezpośrednią przyczyną śmierci dziecka nieślubnego nowonarodzonego Feski F.?

2. Czy uszkodzenie głowy noworodka opisane w okazie sekcyi zwłok mogło powstać:

a) tak przez uderzenie o przedmiot twardy i szeroki,

b) jak i przez upadnięcie w kierunku pionowym ku podstawie stałéj i twardéj z nieznacznéj wysokości?

3. Który z tych wypadków w danym razie prawdopodobniejszy?

4. Na wypadek potwierdzenia, że uszkodzenie mogło powstać przez upadnięcie noworodka głową o podłogę, upraszamy o opiniję, z jakiéj wysokości co najmniéj upadnięcie musiałoby było nastąpić?

5. Czyli możebném jest, aby dziecię ucierpiało to uszkodzenie przez wypadnięcie na podłogę, jeżeli się przyjmie, że matka dziecięcia podczas porodu na obu kolanach klęczała i to dziecię rękami z macicy wyciągnąwszy na podłogę opuściła?

Na pytania te Wydział odpowiedział jak następuje:

1) Protokół sekcyi, wykonanéj na dziecięciu obwinionéj w d. 18 kwietnia r. b., sporządzony został powierzchownie, z pominięciem przepisów zawartych w §§. 117, 118, 125, 128, 129—133 rozporządzenia z d. 28 stycznia 1855 r.

2) Z protokółu tego wynika tylko z pewnością, że dziecko Feski F. było donoszoném, a z przyznania obwinionéj wypływa, że urodziło się żywém.

3) Żadną miarą atoli z protokółu sekcyi nie wynika, że dziecko umarło w skutek obrażenia głowy, albowiem

a) podczas gdy tak pierwsi jako i ostatni znawcy przypuszczają udar mózgowy jako przyczynę śmierci, w protokole sekcyi nie masz o nim wzmianki, a podczas gdy pp. obducenci udar ten rzekomy wywodzą z przekrwienia, w protokóle opisują mózg jako nieco blady, a więc raczéj jako niedokrewny;

b) przekrwienie ograniczone okostny i opon mózgowych w okolicy ciemiączka małego może być albo opadowe a więc pośmiertne, albo powstałe śród porodu;

c) w protokóle sekcyjnym niema nigdzie wzmianki o zewnętrznych śladach obrażenia główki a pp. obducenci nadto zapewniają, że złamania kości czaszkowych nie znaleźli; dla tego trudno pojąć, na jakiéj podstawie drudzy znawcy twierdzą, że były ślady uderzenia po stronie potylicy.

4) Z tych powodów pozbawione są podstawy wszelkie przypuszczenia co do uderzenia, którego dziecko doznać miało po urodzeniu się, i sposobów, w jakie uderzenie to miało powstać, a tém samém Wydział lekarski nie widzi się w możności udzielania odpowiedzi na pytania Świetnego Sądu 2)—5).

5) Uwzględniając:

a) brak wszelkich innych zmian śmierć dziecięcia tłumaczyć mogących;

b) niedokrewność wszystkich organów wewnętrznych, opisaną w protokóle sekcyjnym;

c) niepodwiązanie pępowiny, —

Wydział Lekarski w odpowiedzi na pytanie 1) oświadcza się za tém, że przyczyną śmierci dziecięcia prawdopodobnie było ujście krwi z niepodwiązanéj pępowiny.

Dochodzenie dzieciobójstwa jest jedném z najtrudniéjszych zadań lekarza sądowego, a znawca doświadczony częstokroć ma do walczenia z wątpliwościami, których usunięcie okazuje się niełatwém, a czasem i niepodobném. Rzecz dziwna, że tych wątpliwości nie napotykają mniej wprawni lekarze sądowi; i ztąd to pochodzi, że orzekają stanowczo, tam gdzie doświadczeńsi zawahać się muszą. Na

szczęście bądź w ciągu śledztwa, bądź też śród rozprawy nasuwa się sposobność do skontrolowania orzeczenia pierwszych znawców i tym sposobem zapobiega się wyrokom niesprawiedliwym, któreby się opierały na orzeczeniach mylnych. Jeżeli jednak nie zawsze udaje się Wydziałowi wyświecić prawdę, pochodzi to ztąd, że protokół sekcyi niedokładnie został spisanym, a szkody téj nikt powetować nie jest w stanie. W przypadku powyżéj opisanym pp. obducenci nie uznali za potrzebne zastosować się do przepisów instrukcyi, odnoszącéj się do wykonywania sekcyj sądowych. Instrukcyja ta poświęca rozdział osobny (§§. 112—134) sądowolekarskiemu badaniu noworodków, a godziłoby się, aby znawca, zwłaszcza mniéj jeszcze wprawny, przystępujący do czynności tak ważnéj, połączonéj z tak wielką odpowiedzialnością moralną, przypomniał sobie te przepisy i w braku własnego doświadczenia tém ściśléj postąpił według wskazówek tém zawartych. W przypadku powyższym atoli pp. obducenci nietylko przepisów tych wcale nie uwzględnili, ale nadto spisali protokół sekcyjny tak powierzchownie, jakby się rozchodziło o rzecz całkiem podrzędnéj wagi. Na podstawie takiego protokółu ani oni ani drudzy znawcy nie mieli prawa wydania tak stanowczego sądu, a ściśle rzecz biorąc nie mieli nawet prawa przypuszczania, że dziecko urodziło się żywém; to też Wydział w téj mierze oparł się więcéj na przyznaniu się obwinionéj, że dziecko krzyczało, płakało, aniżeli na wyniku próby płucnéj, tak powierzchownie opisanéj. Jeżeli się zważy, że noworodek w miesiącu kwietniu przez dni 11 leżał niepochowany, że pp. obducenci pomiędzy innemi wspominają o „rozległych śladach wybitnéj zgnilizny“, to przyznać należy, że próba płucna w takim razie nie może mieć znaczenia dodatniego, jeżeli płuca same tak niedokładnie opisano. Innego błędu dopuścili się pp. obducenci przez to, że w protokóle miasto opisywania tego, co spostrzegali przy sekcyi, podawali rozpoznania, a więc spuścili z uwagi, że podstawą protokółu jest opis jak najszczegółowszy, podczas gdy umiejętne tłumaczenie tego, co się opisało, należy do orzeczenia. Jeżeli np. podają, że „rozmiary czaszki i klatki piersiowéj są prawidłowe“, to musimy im wierzyć na słowo, ale sami nie możemy z protokółu nabrać przekonania, czy rzecz istotnie tak się miała. To samo tyczy się wyrażeń „lekkie ślady zgnilizny“, „rozległe ślady wybitnéj zgnilizny“, „wybitne przekrwienie okostny“, „wynaczynienia naczyń włoskowatych“. O stanie przepony nic nie wspominają, natomiast wszystkie trzewa brzuszne zbywają krótkim ryczałtowym opisem. — W orzeczeniu nie wiedzą co począć w obec sprzeczności zachodzącéj pomiędzy rzekomém przekrwieniem mózgu a niedokrewnością ogólną, uciekają się więc do wniosków na pozór pewnych, które atoli są tylko przypuszczeniami nieuzasadnionemi.

Tak zwany udar włosowaty, który według pierwszych i drugich znawców miał być bezpośrednią przyczyną śmierci dziecięcia wcale nie istniał; owe bowiem „wynaczynienia naczyń włoskowatych“, o których wspomina protokół, że istniały na rozlicznych przekrojach, były zwykłemi kropkami występującemi na przekrojach w mniejszéj lub większéj ilości, a w danym przypadku nie było nawet przekrwienia mózgu, skoro miąższ jego opisany jest jako „nieco blady“. T. zw. udar włosowaty w rzeczy saméj zdarza się bardzo rzadko, a wtedy jest tak charakterystyczny, że mylić się wcale nie można; przekrwienie zaś mózgu nie tyle rozpoznaje się po mniejszéj lub większéj ilości kropek występujących na przekrojach, ile po różowém zabarwieniu istot mózgowych. Tém mniéj uprawnioném było stanowcze twierdzenie, jakoby te zmiany w mózgu były następstwem uderzenia, a zdanie drugich znawców, jakoby „mocne przekrwienie skóry na szczycie i w części górnéj potylicznéj“ dowodziło stanowczo uderzenia, już wcale pozbawioném jest wszelkiéj podstawy rzeczywistéj.

Przyznaję, że śmierć z ujścia krwi z powodu niepodwiązania pępowiny jest rzadką; ale w danym przypadku w obec wybitnéj niedokrewności ogólnéj, braku innéj przyczyny śmierci i okoliczności, że przy ciele dziecięcia pozostała część pępowiny miała zaledwie $4\frac{1}{2}$cm. długości, nie pozostało nic innego, jak przypuścić śmierć z ujścia krwi. Na inne orzeczenie w obec niedostatecznego całkiem protokółu zdobyć się nie było można, — a gdyby obwiniona była twierdziła, że dziecko urodziło się nieżywém, to na podstawie takiego protokółu nie moglibyśmy zbić jéj twierdzenia.

II. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od r. 1879 do 1882.

Podał Dr. Emanuel Rosenblatt.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 21).

Nieforemności czaszki nie zauważyliśmy w żadnym przypadku, wymiary zaś tylko w przypadku VII nie odpowiadały wiekowi. Co się tyczy wpływów zewnętrznych, któreby się mogły przyczynić do wystąpienia napadu padaczkowego, to w 2ch przypadkach (Nr. I, II) podali rodzice za powód przestrach dziecka, w reszcie zaś przypadków wpływów psychicznych nie podano. Przy badaniu nie znaleziono daléj u żadnego dziecka ani zmian jakich na kościach czaszkowych, świadczących o przebytym urazie, ani też zmian w zakresie nerwów czaszkowych świadczących o jakiém miejscowém cierpieniu ośrodków; nie napotkano również ani obrażeń nerwów obwodowych ani zboczeń w narządzie trawienia i narządzie moczopłciowym, któreby na drodze odruchu mogły wywołać napad padaczki, jak np. obecność czerwiów (Esquirol), ból zębów (Russel Reynolds), stulejka (Webber), stan podrażnienia łechtaczki (Brown Séquard) itp. Jedynie w przypadku III okazywał chory zboczenie co do wzroku, bo przy prawidłowych zupełnie rogówkach nie liczył palców już w odległości 1go metra a to skutkiem zaćmy obustronnéj dopiero się rozwijającéj. Co się tyczy daléj postaci padaczki, to tylko w przypadku II podczas pierwszorazowego pobytu w szpitalu mieliśmy do czynienia z napadami nietypowemi czyli z tak zwanemi zawrotami padaczkowemi, występującemi po kilkanaście razy na dobę (średnio 15—17, raz nawet 26) a ograniczającemi się do przewrócenia lub tylko przechylenia się chwilowego choréj i zawrócenia gałek ocznych, poczém chory natychmiast uzyskuje równowagę i rozpoczyna na nowo przerwaną chwilowo zabawę. Tylko czasami widoczną jest utrata przytomności i przychodzi do wyprężania się tułowia i charczenia. Lecz i w tym przypadku przyszło po upływie czasu jakiegoś do wystąpienia ataków gwałtowniejszych, które za drugorazowym pobytem dziecka w szpitalu mieliśmy sposobność zauważać. W reszcie zaś przypadków napady od pierwszéj chwili przedstawiały się typowo, choć brakło jednego lub drugiego z przypadów, które jako wyłącznie albo przynajmniéj na pewno cechujące padaczkę rozmaici autorowie po-

dają. I tak zwiastunów dalszych, mających poprzedzać wystąpienie ataku padaczkowego, np. zmiany w usposobieniu dziecka, drażliwości, zaczerwienienia skóry pomiędzy brwiami nie zauważyliśmy nigdy, przyczém nadmienić muszę, iż choć liczba chorych wynosiła tylko 7, to w obec częstości napadów, dłuższego trwania obserwacyi i kilkorazowego powrotu chorych do szpitala, wynosiła liczba napadów zauważonych w szpitalu przynajmniéj przeszło 200, z których znów przynajmniéj część czwarta mogła także i przez służbę lekarską być obserwowaną. Co się znów tyczy zwiastunów właściwych, tak zwanéj aury, czy to w sferze ruchowéj czy czuciowéj, to i tych również brakło całkiem; co do zwiastunów w sferze zmysłowéj sądu pewnego wydać nie możemy, gdyż dzieci mogły mieć jakieś halucynacyje wzroku lub słuchu, choć o nich nic nie mówiły. Co do przypadów zaś, odpowiadających samemuż napadowi padaczki a zatém wykrzyknięcia, upadnięcia raptownego bez przytomności, zblednienia, zupełnego stężenia, wyprostowania odnóg, zmiany wyrazu twarzy, rozszerzenia źrenic, daléj drgawek ogólnych przerywanych, sinicy, ślinienia pienistego, charczenia, mimowolnego oddania moczu i kału, częstości i nieregularności tętna a wreszcie wystąpienia potów, snu głębokiego, powrotu do przytomności, płaczliwości, nakoniec wystąpienia białka w moczu, to stale zauważono tylko: nagłe przewrócenie się z utratą przytomności zupełną równocześnie występującą, skurcz toniczny mięśni grzbietu, drgawki toniczne i kloniczne mięśni twarzy i odnóg, wypływ z gęby pienistéj śliny, mocne zaczerwienienie aż do zsinienia twarzy i pogrążenie w sen, nie tak jednak głęboki i długotrwały jak to powszechnie podają. Reszta zaś przypadów wcale stałą nie była, wykrzyknięcia inaugurującego napad brak było bardzo często, zblednienie spostrzeżono tylko we większéj części napadów, zachowanie się źrenic było bardzo zmienném, raz były rozszerzone, raz zwężone, jednakowe, lub téż niejednakowe, drgawki obejmowały często tylko jednę połowę ciała i to u jednego i tego samego chorego, raz połowę prawą, raz lewą, mocz i kał tylko w najrzadszych przypadkach mimowolnie odchodził. Białko wreszcie w moczu pojawiało się tylko po napadach u choréj Nr. II. Czas trwania pojedyńczego napadu wynosił od $^1/_2$ minuty do minut 5; średnio jednak zazwyczaj 2—3 minut. Napady występowały przeważnie za dnia, tylko u chorego Nr. IV także i w nocy; liczba ich była bardzo rozmaitą podobnie i częstość powrotu jak to następujące zestawienie pokazuje:

U choréj Nr. I wystąpił	7	grudnia	1 napad
	10	stycznia	3 napady
	15	„	2
	16	„	3
	19	„	1
	22	„	1
	23	„	3
	24	„	4
	25	„	3
	28	„	1 itp.

najdłuższa przerwa wynosiła 10 dni od 26 marca do 6go kwietnia. U choréj Nr. II zauważono:

10	stycznia	napadów	mniejszych	3
12	„	„	„	7
13	„	„	„	13
14	„	„	„	3
15	„	„	„	4
16	stycznia	napadów	mniejszych	5
17	„	„	„	0
18	„	„	„	6
24	„	„	„	14
25	„	„	„	16 (11 popołudniu)
26	„	„	„	17
27	„	„	„	7
28	„	„	„	0 itp.

Podczas pobytu w szpitalu zapadła chora na zapalenie płuca połączone z podwyższeniem ciepłoty do 39·4°C., które jednak na częstość napadów padaczkowych prawie żadnego wpływu nie wywarło, owszem zauważono, że napady te trwają znacznie dłużéj i okazują coraz wyraźniéj cechy wybitne. Za drugorazowym powrotem przedstawiała się ilość napadów jak następuje:

	8	marca	napadów	2
	9	„	„	9
	10	„	„	13
	11	„	„	14
	12	„	„	17
	13	„	„	24
	14	„	„	0 dla jakiéj przyczyny?
	23	„	„	10
dopiero znów	6	kwietnia	„	1
	7	„	„	1
	8	„	„	0 itp.

Natomiast u chorego Nr. III stwierdzono podczas całego czasu pobytu w szpitalu tylko 1 napad, podczas gdy u chorego Nr. IV przedstawiała się liczba napadów zupełnie tak samo jak w poprzedzających przypadkach. W przypadkach V, VI i VII nareszcie napady występowały raz jeden na dni 10 do 30. Widzimy zatém, iż żadnego typicznego powrotu napadów w przypadkach tych dopatrzyć się nie można, podobnie i odstępy czasu pomiędzy dwoma napadami w tymże samym dniu jak najrozmaitszym ulegały zmianom.

Co się daléj tyczy stanu ogólnego chorych w czasie wolnym od napadów, to chore Nr. I, II, III, V i VI nie okazywały podczas tego żadnych zboczeń ani w sferze ruchowéj ani czuciowéj, ani nawet psychicznéj, podczas gdy w przypadku IV okazywał chory chód niepewny, powłóczysty, jakotéż skrzywienie szyi (*torticollis*) a nadto w przypadku tym i przypadku VII zauważyliśmy pewien stopień upośledzenia umysłu (*imbecillitas*).

Co do następstw wreszcie, jakie padaczka za sobą pociąga, a mianowicie zboczeń w dziedzinie psychicznéj, to ani zadumy, ani bredzenia, ani napadów maniakalnych, ani téż ogłupienia zupełnego w przypadkach naszych nie zauważyliśmy.

Nakoniec co do lekowania: podawaliśmy chorym naszym naprzemian to bromek potasu, to nastój wilczéj jagody, to propylamin, lecz nie możemy twierdzić, ażeby w którym z powyżéj podanych przypadków jakiekolwiek polepszenie nawet znaczniejsze nastąpiło, pomimo iż chorzy wyżywali z 50 gram. bromku potasu, daléj po 15 kropli nastoju wilczéj jagody dziennie przez dni dwadzieścia kilka, tak że w przypadku II wywołaliśmy nawet lekki stopień otrucia, objawiający się znacznem rozszerzeniem źrenic, suchością w gardle i wymiotami płynem zielonawym lepkim, i po 2 gram. porpylaminu dziennie, który to lek ostatni większe na lekarzu podającym go robił wrażenie, aniżeli wpływał na stan chorego.

C) Tężec.

Jak wiadomo rozróżniamy tężec noworodków i tężec właściwy wiekowi starszemu. Pierwszy powstaje u noworodków przeważnie pomiędzy 5ym a 14ym dniem życia, choć uważano go już także i w 15 godzin po urodzeniu (West) i po czterech tygodniach (Ackermann). Powstawanie jego odnoszą powszechnie do zmian pępka, chociaż bardzo racyjonalnie tłumaczy Soltmann wystąpienie tężca u noworodków właściwością ustroju mięśniowego, względnie nerwowego, objawiającą się têm, iż mięśnie kurczące się skutkiem bodźca jakiego długi czas pozostają w stanie skrócenia i zwolnienie następuje o wiele powolniéj niż u dorosłego, przez co w miejsce drgawek przerywanych powstaje skurcz stały, podczas gdy zmiany chorobowe na pępku, wysoką ciepłotę a właściwie nagłe zmiany temperatury itd. uważa tylko jako wpływy zewnętrzne, stanowiące właśnie ów bodziec. Drugi rodzaj tężca pojawia się przeważnie u ludzi dorosłych bądź skutkiem lub w następstwie skaleczeń, ran, przeziębienia, bądź téż bez wiadoméj przyczyny. (Tężec urazowy, gośćcowy i pierwotny). Obydwie postacie występują w strefie naszéj o wiele rzadziéj niż w gorącéj. Gdy np. na Jamaice nagabuje tężec 10 do 25% wszystkich noworodków, to w Kopenhadze wystąpił tylko 93 razy na 20,806 noworodków, u dorosłych zaś przypada w przybliżeniu 1 przypadek tężca na 3000 przypadków innych chorób. Mimo jednak rzadkości cierpienia tego, mimo to, iż w szpitalu św. Ludwika nie przyjmuje się w zasadzie dzieci przy piersi będących, że zatém co do noworodków materyjału prawie nie mamy, zauważyliśmy w ciągu trzechlecia, z którego niniejsze sprawozdanie podajemy, trzy przypadki tężca, z których jeden u dziecka 3-tygodniowego, dwa drugie zaś u dzieci starszych. Przypadki te zajmujące tak dla etyjologii, jak i dla postaci a wreszcie i zakończenia pomyślnego u 2ch chorych są następujące:

1. Magdalena Kulówna, dziewczyna 3 tygodnie licząca, córka wyrobników z Krowodrzy oddana do szpitala 11 czerwca 1879 z powodu, iż od 3ch dni jest niespokojną i ssać nie chce. Poprzednio miała się dobrze, ssała znakomicie, sapki nie miała, wypróżnienia były prawidłowe, dopiero od dni trzech zauważono, iż zaledwie pierś chwyci, zaraz ją puszcza, płacząc przytém głosem zmienionym. Badanie okazuje dziecię prawidłowo zbudowane, odpowiednio do wieku dość dobrze odżywione, ciemię prawidłowéj wielkości, kości czaszkowe po za siebie nie zachodzą, skóra zaczerwieniona tu i owdzie łuszcząca się lub pokryta żółtawemi strupkami, na grzbiecie i pośladkach kilka wrzodzianek. Sutek prawy obrzękły, twardszy i bolesny. Pępek niezabliźniony, granulacyje jego w części bujające w części pokryte wydzieliną zielonkowatą, cuchnącą, skóra otaczająca zaczerwieniona i bolesna. Wyraz twarzy zdradza opresyję, czoło zmarszczone, powieki przymrużone, usta wykrzywione, postaci jednak podobnéj do ust rybich *(Stümke)* nie ma, szczęki silnie zwarte, tak iż z trudnością tylko koniec małego palca wprowadzić można. Mały tężec mięśni karkowych, skutkiem czego głowa ku tyłowi nieco przechylona i skurcz mięśni zginaczy odnóg górnych, które przyciśnięte są do klatki piersiowéj i w stawach łokciowych mocno prawie pod kątem prostym zgięte; palce w pięść złożone. Mięśnie brzuszne i odnóg dolnych wolne. Narządy klatki piersiowéj prawidłowe, brzuch miernie sklepiony, śledziona niemacalna; tętno pełne, twarde 92, ciepłota 36·8. Ciężar dziecka 3 kilo 35 dkgr. Ponieważ dziecko czas jakiś moczu nie puszczało, zaprowadzono cewnik a mocz otrzymany o k a z y w a ł ś l a d b i a ł k a, chlorki były prawidłowe. W ciągu tegoż samego dnia zauważono jednak, iż szczękościsk zupełny wolniał często, a w chwilach owych można było jeszcze rozewrzeć szczęki przy użyciu miernéj siły, choć niezupełnie; podobnie i tężec karkowy zmniejszył się; odnogi górne zawsze jednak były zgięte. Po krótszém lub dłuższém zwolnieniu występowały na nowo chwile zupełnego szczękościsku, połączone z bólem, który dziecię zdradzało skrzywieniem twarzy i krzykiem przeraźliwym. Sinica śród napadów takich nie występowała, tony serca były czyste; natomiast zauważono cztery stolce wolne, zielonkowato flegmiste, cuchnące. Leczenie rozpoczęto od odżywiania dziecka, wlewania w chwilach ulżenia szczękościsku mięszaniny mleka z kleikiem jęczmiennym, przytém przekonano się, iż akt połykania odbywa się prawidłowo; następnie wymyto dokładnie pępek wodą karbolową i opatrzono antyseptycznie, podawano na koniec nastój wilczéj jagody w miksturze i polecono okłady ciepłe na bolesny sutek. Rokowanie było bardzo niepewne, raczéj niepomyślne. W ciągu dni następnych przekonano się jednak, iż przypady tężca daléj się nie rozwijają, lecz że pozostają na tym samym stopniu co w dniu przyjęcia, a nawet iż napady szczękościsku i tężca mięśni karkowych trwają krócéj aniżeli poprzednio. Natomiast w skutek niemożności dokładnego oczyszczania gęby przystąpiło niemiłe powikłanie w postaci pleśniawek. Pępek ładnie się oczyszczał, wydzielinę stanowiła gęstsza, czysta, ropa, ziarnina była żywa a z brzegów się zaciągała. Sutek zaś prawy obrzękał więcéj, skóra się zaczerwieniła i była świecącą, chełbotania jednak aż do 21 czerwca wykazać nie było można, a zapaleniu temu gruczołu sutkowego towarzyszyło podwyższenie ciepłoty do 38·4°C. Rozwolnienie daléj się utrzymywało. 21 czerwca otworzono ropień, przyczém wypłynęło z pół łyżeczki ropy czekoladowo zabarwionéj, a następnie opatrzono antyseptycznie. Ponieważ szczękościsk i tężec zmniejszały się stopniowo a napady coraz rzadziéj występowały, pępek 24 czerwca zupełnie się zabliźnił, pleśniówki ustąpiły a także i zapalenie sutka po wydaleniu ropy się zmniejszało, można było 26 czerwca oddać napowrót dziecię rodzicom jako uleczone.

Rozpoznanie w przypadku niniejszym nie podlegało żadnéj wątpliwości, chociaż postać choroby bardzo łagodna samych nas zadziwiła; cechujący wyraz twarzy, szczękościsk i tężec, napady bolesne wzmagające się upewniały rozpoznanie dostatecznie; brak krzywicy, zaburzeń znaczniejszych w przewodzie pokarmowym, brak zupełnych intermisyj skurczu, brak cechującego ułożenia palców, brak przypadu Trousseaua chroniły dostatecznie od pomylenia się co się tyczy tetanii (*Arthrogryposis*); z napadami zaś kolki, jak się to czasem zdarza, przypadku tego absolutnie pomięszać nie było można, o zatruciu strychninem myśleć nie potrzebowaliśmy. Czy zaś zaniedbanie pępka z następowém zapaleniem było powodem do wystąpienia tężca, czy téż może jaka za nadto gorąca kąpiel, za czém przemawiałoby łuszczenie się przyskórka płatami i zaczerwienienie skóry lub téż inna jakaś nieznana nam okoliczność, pozostawiam nierozstrzygnioném.

2. Jan Pietrzykowski, chłopiec 11-letni, z Zakladu św. Józefa przyjęty 18 czerwca 1879. Dowiadujemy się, że zajętego pracą w ogrodzie zaskoczyła burza a piorun uderzył w pobliżu stojące drzewo. W téj saméj chwili chory miał doznać nadzwyczaj silnego bólu w prawém ramieniu i w karku po stronie prawéj aż po grzebień łopatki, bólu klującego i

tak dotkliwego, iż się przewrócił na ziemię. Przytomności ani na chwilę nie stracił. Dopiero w ciągu dnia następnego wystąpiły u niego napady skurczu tężcowego mięśni twarzy, karku, klatki piersiowéj, grzbietu i brzucha, połączone z bólem znacznym i sinicą. Mięśnie odnóg prawie zupełnie wolne. Przytomność podczas napadu utrzymana. Napadów takich miało być 8 do 12 na dobę, w przerwach zaś pomiędzy pojedyńczemi napadami pozostaje nadal pewne stężenie mięśni i przeczulica. Przywieziony do szpitala przedstawiał stan następujący: Kościec prawidłowo zbudowany, odżywienie dobre, prawidłowe zabarwienie skóry i błon śluzowych, płuca, serce i trzewa jamy brzusznéj zdrowe. Stos pacierzowy za uciskiem niebolesny, ruchy odnóg w pewnym tylko stopniu możliwe, jakby z obawą wykonywane, mięśnie grzbietowe, a zwłaszcza karkowe, daléj mięśnie brzuszne napięte, deskowato twarde. Szczęk wcale chory rozewrzeć nie potrafi podając za przyczynę pewne ciągnienie i sztywność w mięśniach, wyraz twarzy jednak nie jest tak cechującym jak powszechnie przy tężcu opisują lecz przedstawia tylko wystraszenie. Połykanie tak płynnych jak i stałych pokarmów nieco tylko upośledzone. Przytomność zupełna, zmysły funkcyjonują należycie, ciepłota 37°C., tętno napięte lecz nieprzyspieszone 84. Zaraz w ciągu pierwszéj doby stwierdzono 12 napadów stężenia, podczas których występuje najpierw skurcz stały mięśni twarzowych, zwłaszcza żuchwowych, mięśni karku i klatki piersiowéj głównie jednak po stronie prawéj, przez co chory zwija się w kabłąk z wypukłością ku stro nie lewéj (*Pleurothotonus, Boenecken, Tetanus lateralis, Sauvage*) a wreszcie i mięśni brzucha; odnogi od kurczu są wolne. Podczas napadu mięśnie są mocno napięte i twarde, a napięcie to sprawia choremu ból taki, że aż jęczy i z boku na bok się przewraca; dotknięcie mocniejsze mięśni ból wzmaga; przytomności podczas napadu chory nie traci. Natomiast występuje sinica znaczna i duszność. Napady powtarzają się w przerwach niejednostajnych, dla powstawania ich żadnéj przyczyny wynaleźć nie można. Napad pojedyńczy trwa od kilku minut do kwadransa. Noc pierwszą spędził bezsennie, pocił się dość znacznie, stolca nie było, mocz oddany w ilości dość znacznéj, rozebrany w pracowni prof. Stopczańskiego okazywał następujące właściwości: mocz barwy wino-żółtéj, oddziaływania słabo alkalicznego, ciężaru gatunkowego 1·028, osad w ilości zwiększonéj zawiera w rozczynie urochrom w ilości zmniejszonéj, uroksantyn zwiększonéj silnie, mocznik w ilości prawidłowéj, kwas moczowy zwiększonéj słabo, chlorki w ilości prawidłowéj, fosforany i siarkany w zwiększonéj. Nadto białka bardzo mała ilość, a znaczna ilość fosforanu wapniowego zasadowego i węglan amonowy w ilości alkalizującéj mocz. W osadzie znaczna ilość fosforanu wapniowego zasadowego i fosforanu amonowo-magnowego. Leczenie polegało na zastosowaniu baniek siekanych na grzbiecie, kąpieli ciepłych i podawaniu wewnętrznem chloralu po 1·5 grm. rano i wieczór. W ciągu pobytu w szpitalu napady zmniejszały się co do liczby i łagodniały stopniowo, tak iż 24 czerwca było napadów tylko 5 podczas dnia, a noc po raz pierwszy przepędził spokojnie. Dopiero 6 lipca ustały napady zupełnie, naprężenie jednak mięśni klatki piersiowéj i brzucha, i sztywność tamująca ruchy utrzymywała się aż do 18 lipca. W ciągu leczenia trwającego dni 30 wyżył ogółem 54 grm. chloralu, który znosił bardzo dobrze. 20 lipca opuścił zakład wyleczony.

O ile w przypadku tym do wywołania tężca przyczyniło się rażenie piorunem, czy tylko sam przestrach lub wreszcie możliwe przeziębienie i przemoczenie, pozostawiam nierozstrzygnioném. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Bockhart: Patologija rzeżączki.

Jak niegdyś francuski klinicysta wyrzekł o kile, takby dziś o bakteryjologii można powiedzieć: *elle domine toute la pathologie.* Pomimo to zadziwi może niejednego, że do dnia dzisiejszego posiada nauka tylko dla jednéj choroby niezbity dowód, że przeszczepienie swoistego grzybka na człowieka sprowadza u tegoż chorobę właściwą. Dotyczy to róży, dla któréj zaledwie przed kilku miesiącami Fehleisen udowodnił na człowieku swoistość grzybka. Do tego doświadczenia z wynikiem dodatnim przybywa inne odnoszące się do grzybka rzeżączki.

Już w r. 1879 odkrył Neisser swoisty grzybek wydzieliny rzeżączkowéj. Tenże sam badacz jak niedawno Krause i Leistikow przeprowadzili szereg „kultur“ wykazujących niezbicie swoistość owego grzybka (*Gonococcus*), uznanego jako cechujący i stały składnik wydzieliny rzeżączkowéj. Przeszczepianie wszelako na cewkę moczową zwierząt lub błonę śluzową spojówki zwierząt nigdy się nie udawało. Obecnie dowiadujemy się z pracy Dra B. w *Sitzungsberichte der Würzburger phys. mediz. Gesellschaft* o wyniku dodatnim przeszczepienia uskutecznionego na człowieku.

Choremu w końcowym okresie *Dementiae paralyticae* wstrzyknięto do cewki moczowéj, dotychczas zupełnie zdrowéj, pełną wstrzykawkę wśród odpowiednich ostrożności, sterylizowanego płynu grzybkowego (*Gonokokkenreinkultur*). Grzybki były wyhodowane na żelatynie peptonowéj (*Fleischinfuspepton-Gelatine*). U chorego tego, (który liczył lat 46 i był dotknięty zupełną nieczulicą) spostrzeżono po trzech dniach cechującą rzeżączkę z obfitą żółtą ropną wydzieliną, która trwała aż do śmierci (t. j. do dnia dziesiątego, w którym chory skutkiem ocieklinowego zapalenia płuc umarł). Codziennie badał autor wydzielinę ze względu na obecność cechujących grzybków i każdym razem stwierdzał je ze wszystkiemi własnościami.

Ciekawym również był wynik oględzin pośmiertnych. Cewkę moczową 18cm. długą rozciętą w ścianie górnéj znalazł autor na dość znacznéj przestrzeni (do 6cm. od ujścia) pokrytą wypociną ropną z domieszką krwi, część jamista cewki moczowéj była obrzękła i przepełniona krwią. Pod drobnowidem pokład przybłonkowy ujścia czółenkowatego (*Fossa navicul.*) okazał się znacznie obrzękłym i rozpadłym. Beleczki tkanki łącznéj rusztowania były naciekłe komórkami limfoidalnemi. Tożsamo dotyczy błony śluzowéj i podśluzowéj ujścia, gdzie nadto i naczynia limfatyczne, jak niemniéj i przestwory tkanki łącznéj napełnione były barwikiem (użytym błękitem metylenowym) a nadto spostrzedz tu można było dość liczne duże komórki, luźno wśród utkania rozsiane. Takież same komórki znajdowały się i pomiędzy komórkami przybłonkowemi ujścia czółenkowatego. Przy użyciu immersyi można było spostrzedz w jądrach komórek limfoidalnych (wyemigrowanych) grzybki rzeżączkowe w ilości 4 do 12, w cechujący sposób ugrupowane, rzadziéj jako odosobnione *cocci.* Pomiędzy komórkami przybłonkowemi, nigdy w nich samych, znajdowały się również owe grzybki, toż

samo wśród wypociny ponad warstwą przybłonkową. Światła naczyń limfatycznych, przestwory tkanki łącznéj u spodu ujścia czółenkowatego były szczelnie zatkane grzybkami swoistemi, jak niemniéj owe duże komórki napęczniałe skutkiem nagromadzonych grzybków. We fałdach błony śluzowéj nie było więcéj grzybków niż gdzieindziéj, gruczołki zupełnie od nich były wolne. Z powyższych danych można tedy następujące wnioski wysnuć:

1) Grzybki rzeżączkowe są grzybkami sprowadzającemi rzeżączkę.

2) Skoro grzybki te na błonę śluzową się dostaną, wnikają prawdopodobnie pomiędzy komórkami przybłonkowemi do naczyń limfatycznych błony śluzowéj i podśluzowéj ujścia czółenkowatego, rozmnażają się i sprowadzają zmiany zapalne.

3) W następstwie grzybki wnikają w komórki i jądra komórek limfoidalnych a wraz z niemi dostają się do naczyń krwionośnych, do tkanki łącznéj błony śluzowéj i części jamistéj ku pęcherzowi.

4) Grzybki owe niszczą ciałka limfoidalne, w które wniknęły, grzybki zaś same giną prawdopodobnie same w utkaniu, w którém utkwiły, albo też we krwi. *Dr. Pisek.*

P. G. Unna (z Hamburga): **O kwasie pyrogalusowym i chryzorabinie w dermatologii.**

Autor ogłasza w 3 zeszycie t. r. *Monatshefte f. pract. Dermatol.* swoje spostrzeżenia nad leczniczém działaniem kwasu pyrogalusowego i chryzorabiny. Chryzorabina pośród środków przeciw łuszczycy używanych jest najdzielniejszym lekiem. Skóra niektórych osób. szczególniéj dzieci, tak energicznie oddziaływa na leczenie chryzorabiną, że zawsze należy zacząć od małéj dawki, przechodząc zwolna do coraz mocniejszéj. Przy stosowaniu na twarzy chryzorabiny nader często powstaje zap. spojówek. W tym razie należy zastąpić chryzorabinę naftolem. Działanie chryzorabiny jest zadziwiająco szybkiém. Mimo to jednak należy stosować w cięższych przypadkach lek ten przez 4—6 tygodni, wzmagając coraz więcéj dawkę. Tym sposobem zapobiega się nawrotom łuszczycy, a jeżeliby te mimo to wystąpiły, to w tak słabém nasileniu, że się z łatwością usunąć dają. Chryzorabina, w jakikolwiekbądź sposób na skórę zastósowana, ulega wessaniu częściowemu. W ustroju chryzorabina ulega w znacznéj części utlenieniu w kwas chryzofanowy. W moczu znajdujemy przeważnie kwas chryzofanowy, obok małych ilości czystéj chryzorabiny. Chryzorabina barwi skórę żółtawo-brunatno. Zabarwienie to ustępuje, w miarę odpadania łusek przyskórka. Włókna roślinne, jakoteż wełnę barwi na żółto; barwa ta dopiero po dłuższym czasie daje się częściowo usilném praniem usunąć. Miejsca wyleczone, skutkiem wcześniejszego złuszczenia przyskórka, przedstawiają się jako plamy białe na tle żółto-brunatném. Dość często śród leczenia powstają *erythema, acne, furunculosis.* Tym powikłaniom najwięcéj zapobiega częsta kąpiel, szczególniéj z dodatkiem wątroby siarczanéj. W ogólnéj łuszczycy najodpowiedniejszém jest użycie kleju glicerynowego z 10% dodatkiem chryzorabiny. Głowę i części rodne należy nacierać 2% maścią naftalową. W łuszczycy ograniczonéj najskuteczniejszém okazało się autorowi użycie 10—20% roztworu chryzorabiny w kolodyjonie. Także dobre wyniki lecznicze miał autor stosując 40% gazę chryzorabinową. Łuszczycę na głowie najlepiéj jest leczyć skrapiając ją roztworem chryzorabiny w eterze. (*Rp. Chrysorabini 0·20, Aetheris sulf. 100·00, Cerae albae 0·30*). Nadto używał autor z dobrym skutkiem chryzorabiny w *eczema marginatum* i *herpes tonsurans.* — Kwas pyrogalusowy nie posiada własności, wywołujących zapalenie jak chryzorabina. Działa więcéj ściągająco na tkanki zwierzęce, a ztąd używa się do tamowania krwotoków. Skórę barwi na ciemno. Dla tego téż jest, podobnie jak chryzorabina, niestosowna do leczenia zmian na skórze twarzy. Stosować go można tylko na miejscach ograniczonych. Na większéj przestrzeni zastosowany wywołuje objawy zatrucia tak gwałtowne, że się niekiedy kończą śmiercią. Autor miał najlepsze wyniki lecznicze stosując kwas pyrogalusowy w ograniczonych naciekach skóry, czy to syfilitycznych, czy też wywołanych wilkiem, daléj w powierzchownych naroślach brodawkowych i wreszcie we wrzodach skóry powierzchownych, trudno gojących się. W ograniczonéj łuszczycy działa kwas pyrogalusowy na równi z chryzorabiną. Autor najczęściéj używa kwasu pyrogalusowego w postaci 10% maści.

(W klinice chorób skórnych prof. Rosnera w Krakowie przekonano się, że najlepiéj działa chryzorabina użyta w postaci maści. Zwykle przepisuje się *Chrysorabini* 6·00, *Ung. simplic.* lub *vaselini* 100·00 Maścią tą poleca się raz lub dwa razy dziennie nacierać miejsca chorobowo zmienione. Chryzorabina w postaci maści działa o wiele silniéj niż polecana przez prof. Picka żelatyna. Kwasu pyrogalusowego używa się zwykle w roztworze wyskokowym 4—10%. Maście z tym kwasem mają te niedogodności, że kwas pyrogalusowy łatwo w nich ulega utlenieniu, zmieniając przytém i sam tłuszcz. Jak wiadomo, posiada on bowiem własność nader chciwego pochłaniania tlenu z powietrza atmosferycznego, skutkiem tego nader łatwo przychodzi do rozkładu tłuszczów. W klinice używa się z tego powodu jako constituens do maści pyrogalusowéj waseliny, polecając *Vaselini* 100 części na 6 do 12 *Acidi pyrogalici).* Ω.

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie.

VI Posiedzenie zwyczajne z dnia 21go marca 1883 r.

Przewodniczący: kol. Obaliński. Członków obecnych 23.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i bez zmian przyjęto.

2) Kol. Schramm przedstawił kobietę, u któréj kol. Mikulicz wykonał z powodu raka odźwiernika resekcyję żołądka. Uwagi dotyczące tego przypadku ogłosił kol. Mikulicz w Przegl. Lek. (Nry 13 i 14).

3) Kol. Mikulicz okazał i objaśnił użycie skoliozometru własnego pomysłu. (Ogłoszono drukiem w Przeglądzie Nr. 12).

Na tém posiedzenie zakończono. *Dr. H. Mendelsburg.*

VII. Posiedzenie zwyczajne z d. 4 kwietnia 1883 r.

Przewodniczący kol. Obaliński. Członków obecnych 41.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Całe posiedzenie wypełniło roztrząsanie sprawy osobistéj, wynikłéj w skutek wyroku sądu koleżeńskiego polubownego, a którego następstwem było wystąpienie jednego członka z grona Towarzystwa. *Dr. H. Mendelsburg.*

VIII. Posiedzenie zwyczajne z dnia 18 kwietnia 1883 r.

Przewodniczący Kol. Obaliński. Członków obecnych 23.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Blumenstok okazał tętnice szyjne wraz z rozgałęzieniem (*Carotis communis et. C. interna et ext.*) zbrodniarza, na którym wykonano wyrok śmierci przez powieszenie. W *Carotis communis*, tuż przy jéj rozdzieleniu się spostrzega się na błonie wewnętrznéj podbiegnięcie krwią; w *Carotis interna* tak *intima* jakoteż i *media* w całéj swéj szerokości pęknięte. Pęknięcie takie da się według Friedberga wywołać

i sztucznie na trupach powieszonych, nie znajdujemy jednakowoż owego podbiegnięcia krwią, które tylko u powieszonych za życia występuje.

4) Kol. A. Rosner wyłożył rzecz o leczeniu kiły za pomocą wstrzykiwań podskórnych. Prelegent porusza tę kwestyję dla tego, że uważa najpierw ten sposób leczenia za nabytek terapeutyczny bardzo cenny, a powtóre dla tego, że nie ma zgody między specyjalistami co do wartości tego sposobu leczenia, jak się to okazało podczas dyskusyi nad tym przedmiotem w Tow. lek. berlińskiém. Sposób leczenia pewnych form kiły wstrzykiwaniami jest już dawny, używał go Hebra w r. 1860, używali go lekarze przed Hebrą, ale zasługa wprowadzenia tego sposobu leczenia w praktykę należy się niewątpliwie Lewinowi, który doświadczenia swoje robił według pewnéj metody, wyniki otrzymane tą metodą porównywał z wynikami otrzymanemi po wcieraniach szaruchy, po zadawaniu wewnętrzném rożnych przetworów rtęciowych i tym sposobem wykazał zalety tego sposobu leczenia. Prelegent używa wstrzykiwań podskórnych w swéj klinice już od roku 1868, a mianowicie najpierw sinkiem rtęciowym, następnie białkanem rtęciowym, peptonem rtęciowym, sublimatem z dodatkiem chlorku sodu, a nareszcie rtęcią formamidową. O zaletach i wadach wstrzykiwań pierwszych trzech przetworów rozwodzić się prelegent nie potrzebuje, ponieważ spostrzeżenia czynione w klinice nad temi lekami ogłosił Dr. Obtułowicz w Przeglądzie Lek. w r. 1874 i 1878; pozostaje więc tylko wzmiankę uczynić o wstrzykiwaniach sublimatem i rtęcią formamidową. Wpierw jednak wypada się zastanowić nad pytaniem, czego właściwie po nowym środku przeciwkiłowym lub po nowym sposobie leczenia środkiem znanym wymagać trzeba, ażeby lek lub sposób leczenia nazwać dobrym a od innych sposobów leczenia lepszym? czyli na czém właściwie polega wartość lecznicza środka przeciwkiłowego? Przedewszystkiém żądaćby wypadało od dobrego środka przeciwkiłowego, żeby usunął przyczynę zmian kiłowych, tj. żeby zniszczył lub zneutralizował jad kiłowy, jeżeli nie potrafi wstrzymać nowego wybuchu kiły, to przynajmniéj nie powinien przyczyniać się do wywołania w organizmie zmian takich, które za sobą pociągają kacheksyję, bo w takim razie szkoda, jaką ten środek w przeważnéj liczbie przypadków wyrządza, jest nierównie większą, aniżeli pożytek, jaki przynosi przez chwilowe usunięcie zmian kiłowych. Wstrzykiwania podobnie jak wcierania lub rtęć podana drogą pokarmową usuwa tylko zmiany kiłowe a tém samém nie chroni od recydywy, nadto wstrzykiwania mają tę wielką niedogodność, że sprawiają choremu ból i to czasem bardzo dotkliwy, ale mimo to wstrzykiwania mają wielką wartość leczniczą, a to z następujących powodów: *a*) po wstrzykiwaniach nierównie rzadziéj powstaje *Stomatitis*, a jeżeli powstaje to w niższym stopniu, aniżeli po innych sposobach leczenia rtęcią, *b*) nierównie rzadziéj powstaje zapalenie nieżytowe przewodu pokarmowego, *c*) kiła rzadziéj się odnawia a jeżeli odnawia to w formie łagodniejszéj występuje. I tak według statystyki podanéj przez Lewina, a opartéj na 6.000 przypadkach leczonych wstrzykiwaniami, a 2.000 leczonych innym sposobem, przypada 40—45% po wcieraniach lub po wewnętrzném zadawaniu rtęci *d*) po wstrzykiwaniach rtęć wprowadzona do organizmu nierównie prędzéj z niego występuje, aniżeli po jakimkolwiek innym sposobie, z wyjątkiem odwaru Zittmana, jak to jednozgodnie utrzymują chemicy. Téj to zalecie prawdopodobnie przypisać należy, że *e*) kacheksyja rtęciowa nierównie rzadziéj się wydarza po wstrzykiwaniach aniżeli po wcieraniach itd.; prelegent sam po wstrzykiwaniach nie widział ani jednego przypadku kacheksyi, *f)* dawka rtęci wprowadzonéj do organizmu przez wstrzykiwania jest ściśle oznaczona, czego o wcieraniach powiedzieć nie można, które stosując nie wiemy w jakiém połączeniu rtęć do organizmu się dostaje. Prelegent używał dotychczas przeważnie, a w ostatnich latach niemal wyłącznie, wstrzykiwania sublimatem z dodatkiem chlorku sodu (na 1.00 wody *pro dosi* 0·01 *Subl.* 0·10 chlorku sodu) i do nich to odnoszą się zalety wyżéj wymienione. O rtęci formamidowéj, tak gorąco zaleconéj przez Liebreicha, sądu prelegent wydać nie może, dla małéj liczby przypadków tym przetworem przez siebie leczonych, tyle jednakowoż już teraz powiedzieć może, że zmiany kiłowe po wstrzykiwaniach rtęcią formamidową nie ustępują prędzéj, aniżeli po wstrzykiwaniach sublimatem i że ból po nich nie jest wcale mniejszy. Tylko wówczas należałoby się pierwszeństwo przetworowi Liebreicha, gdyby się okazało, że kiła po nim rzadziéj się odnawia, a o téj zalecie najważniejszéj nikt dotąd nic pewnego powiedzieć nie umie. Pod koniec nadmienia prelegent, że doświadczenia jego leczenia kiły wstrzykiwaniami odnoszą się tylko do kiły drugorzędnéj; w przypadkach kiły późnéj używał prelegent wprawdzie wstrzykiwań ale w nie wielu tylko przypadkach i nie używał ich systematycznie i dla tego sądu o wartości tychże w tym okresie kiły wydać nie może.

W dyskusyi zabiera głos kol. Zarewicz. Skuteczność leku przeciwkiłowego nie ocenia z szybkości, z jaką takowy zmiany usuwa, ale według tego, czy recydywa po leczeniu takowym występuje i w jakim odstępie czasu. Robił on doświadczenia sinkiem rtęciowym, sublimatem z dodatkiem soli kuchennéj i chlorku morfinu. Innych przetworów nie używał. Spostrzeżenia i doświadczenia jakie, co się tyczy sublimatu, zrobił, wygłosił w swoim czasie na jedném z posiedzeń Towarzystwa. Przetwór Liebreicha stósował od czasu ogłoszenia go w 17 przypadkach a z tych powziął następujące przekonanie: 1) *Hydr. formamidatum* sprawia, wstrzyknięte podskórnie, znaczniejszy ból niżeli inne w użyciu będące preparaty. 2) Nacieki podskórne tworzyły się częściéj i w wyższym stopniu niż przy wstrzykiwaniach sublimatem z dodatkiem chlorku sodu, lub przy wstrzykiwaniach sinku rtęciowego. Do ropnia przyszło tylko u jednego chorego, u którego w czasie wstrzykiwań wystąpiło zapalenie płuc. 3) Chorzy o wiele częściéj dostawali zapalenia jamy ustnéj rtęciowego, niż po używaniu innych przetworów rtęciowych. Najrzadziéj wywołuje *gingivitis* według dotychczasowych doświadczeń kol. Z. czysty sublimat, daléj sinek rtęciowy, częściéj sublimat z dodatkiem chlorku sodu, a najczęściéj *Hydrg. formamidatum.* 4) Zmiany kiłowe ustępują szybciéj może, aniżeli po użyciu innych preparatów, aczkolwiek w jednym przypadku wysypki guzkowéj złuszczającéj się trzeba było 20tu wstrzykiwań, nim takowa ustąpiła i to nie całkowicie, a z powodu bolesności należało zaprzestać wstrzykiwania *cum Hydrg. formamidato.* W jakim czasie występują nawroty choroby po leczeniu tym środkiem, stanowcze zdanie wypowiedzieć trudno, bo lek ten dopiero od stycznia tego roku stosuje; mimo to obserwował już 3 przypadki nawrotu choroby, na co ze względu na zbyt rychłe wznowienie się choroby głównie nacisk kładzie. Wyniki te wcale nie zachęcają mówcę do dalszego stósowania środka Liebreicha i sublimatowi z morfinem i chlorkiem sodu przyznać musi bezwzględną wyższość. Co się zaś tyczy w ogóle wstrzykiwań podskórnych preparatów rtęciowych, nie zgadza się ze zdaniem prelegenta, jakoby takowe szybciéj usuwały zmiany chorobowe, niż wcierania szaruchy. Jak długo po wstrzykiwaniach podskórnych rtęć w organizmie się zatrzymuje, nie ma mówca w tym względzie własnego doświadczenia, wie tylko że już po 3ciém wstrzyknięciu *Hydrg. formamidatum* prof. Stopczański znalazł rtęć w moczu.—Kol. A. Rosner oświadcza, że Liebreich dla tego kładzie tak wielki nacisk na ten lek, albowiem według niego w organizmie się takowy nie rozkłada a przedewszystkiém nie tworzy połączenia z białkiem.—Kol. Kopff nie uważa przetworu Liebreicha za gorszy od sublimatu i nie uważał aby *Gingivitis* tak szybko występowała. Stósowanie zaś sublimatu z morfinem uważa za niepotrzebne, albowiem w przetworze tym opada morfin. Kol. Zarewicz pomija kwestyję teoretyczną, uważa jednak łączenie sublimatu z morfinem z tego względu za niestósowne, albowiem działanie morfinu jest natychmiastowe, gdy tymczasem bóle najznaczniejsze występują dopiero zazwyczaj w drugim dniu po wstrzyknięciu. Co do *Gingivitis* w przypadkach przez niego obserwowanych, na co szczególniejszą uwagę zwracał, *Hg. formamidatum* o wiele częściéj wywoływało takowe, niż inne przez niego doświadczane przetwory rtęci do wstrzykiwań używane, równocześnie dodaje, iż przy stósowaniu *Hg. formamidatum* z umysłu nie zalecał płukań z chloranu potasowego.—Kol. Rydel chciałby wiedzieć, jaki jest liczbowy stosunek *Gingivitis* przy wstrzykiwaniach a jaki przy wcieraniach. W klinice swéj stosuje tylko w razie potrzeby wcierania a *Stomatitis* bardzo rzadko się wydarza, lecz od 1go dnia uważa bardzo na płukanie z *Kal. chlor.* Chciałby także wiedzieć, przy którym sposobie leczenia działanie jest szybsze, szybkość działania bowiem jest w okulistyce wielkiéj wagi.—Kol. A. Rosner nie umie podać stosunku liczbowego występującéj *Stomatitis,* wie tylko że w obec

wstrzykiwań nie występuje nigdy tak znaczna *Stomatitis* jak przy wcieraniach. Jeżeli zaś idzie o szybkość działania, to można wstrzykiwać 2 razy dziennie.—Kol. Zarewicz w odpowiedzi kol. Rydlowi wyjaśnia, iż w jednym przypadku w czasie leczenia wstrzykiwaniami przetworem Liebreicha wystąpiła *Iritis*. Przy zastósowaniu jednak natychmiastowém energicznego leczenia miejscowego *Iritis* prędko ustąpiła. W tym jednak przypadku szybkie polepszenie przypisuje raczéj leczeniu miejscowemu niż działaniu wstrzykiwań podskórnych.

Na tém posiedzenie zakończono.

Dr. Henryk Mendelsburg.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak.

Posiedzenie I z d. 12 lutego 1883.

Przewodniczący Dr. Ściborowski. Obecnych członków 8.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia z d. 29 grudnia 1882 r. odczytano i przyjęto.

2) Przewodniczący zawiadamia, iż stósownie do uchwały powziętéj na ostatniém posiedzeniu wysłano podanie do Ministerstwa handlu o zarządzenie co należy, żeby pociągi na kolejach żelaznych Karola Ludwika i Tarnowsko-leluchowskiéj, któremi w porze letniéj do 10.000 osób udaje się do zakładów zdrojowych galicyjskich, dogodniéj rozłożonemi zostały i aby w Tarnowie zaprowadzono stósowne urządzenia, konieczne dla osób słabych tamże po kilka godzin na pociągi wyczekujących. Podanie to podług wskazówek udzielonych przez przewodniczącego łącznie z Kol. Skórczewskim, obszernie ułożone zostało w języku niemieckim przez adwokata Dra Szlachtowskiego i obok wysłania do Wiednia udzielono w odpisie zarządowi zakładów zdrojowych w Szczawnicy, Krynicy i Żegiestowie, aby te ze swéj strony również wysłały podania do Ministerstwa handlu. Podanie ze Szczawnicy w tych dniach odejdzie.

3) Przewodniczący przedstawia następujące wnioski dotyczące rozszerzenia zakresu działania Komisyi będące wynikiem narady odbytéj z Kol. prof. Korczyńskim i innymi członkami zarządu Komisyi *a*) Wydanie krótkiego, ale treściwego i systematycznego obrazu wszystkich zakładów zdrojowych i klimatyczno-leczniczych, w kraju naszym istniejących. Obraz taki ułoży Komisyja balneologiczna na podstawie materyjałów ze zdrojowisk nadesłanych. W celu nakreślenia planu podobnego wydawnictwa wybrano Komisyję złożoną z koll. Korczyńskiego, Skórczewskiego i przewodniczącego. *b*) Podczas najbliższego Zjazdu przyrodników i lekarzy polskich, jaki się odbędzie w Krakowie w porze, w któréj lekarze zdrojowi nie są zajęci w zdrojowiskach, zwołanie wiecu balneologów krajowych połączonego z wystawą balneologiczną. W wiecu takim prócz lekarzy zdrojowych wzięliby udział właściciele zakładów zdrojowych, zarządcy tychże, oraz w ogóle osoby, które rozwój zakładów tego rodzaju obchodzi. W urządzeniu wystawy balneologicznéj przyobiecał wszelką pomoc i miejsce potrzebne Dr. Baraniecki. *c*) Powiększenie księgozbioru Komisyi balneologicznéj. W tym celu przewodniczący porozumiał się z dyrektorem biblijoteki Uniw. Jagiell., który przyobiecał udzielić duplikaty pism balneologicznych Komisyi w zamian za inne książki. *d*) Powiększenie liczby członków czynny udział w téjże biorąccych. W tym celu wysłano okólnik do wszystkich członków czynnych Tow. lekarskiego krakowskiego, oraz postanowiono zaprosić jeżeli zechcą wziąść udział w pracach Komisyi kilku przyrodoznawców.

4) Przewodniczący zawiadamia, że tegoroczne wezwanie do zakładów zdrojowych o nadesłanie materyjału do poglądu na ruch i postęp w zdrojowiskach w roku ubiegłym, obejmuje prócz tego cały szereg zapytań mających na celu otrzymanie ile możności dokładnéj wiadomości o obecnym stanie, położeniu, stosunkach itd. każdego w szczególności zdrojowiska.

5) Kol. Trochanowski odczytał wiadomość o rozbiorze chemicznym ilościowym wody mineralnéj z Czegiełki, którą w streszczeniu podajemy. Wieś Czegiełka leży w północnych Węgrzech na pograniczu Węgier i Galicyi, dwie mile od miasta Bardyjowa i znaną była od dawna ze zdroju mineralnego zwanego zdrojem „Ludwika.“ Woda ta niejednokrotnie zwracała uwagę lekarzy i chemików, lubo dotychczas zdrój ten nie cieszy się takiém uznaniem, na jakie zasługuje. Przyczyną tego zdaje się być ta okoliczność, iż Czegiełka oddaloną jest od głównych dróg komunikacyjnych, oraz iż od roku 1880 (z wyjątkiem niewyczerpujących analiz Kovaca i Aleksandrowicza) nie była poddaną dokładnéj analizie chemicznéj tak, iż tylko z pomyślnych skutków wywołanych użyciem téj wody było można wnosić o jéj własnościach, co jednak dla lekarza nie może być wystarczającém. W roku zeszłym podjął się kol. Trochanowski z własnéj inicyjatywy rozbioru wody z Czegiełki, a gdy właściciel zdroju Ludwika dowiedział się o tym zamiarze, mimo analizy w roku 1881 dokonanéj przez Dra Rička prosił o dokonanie ile możności ścisłego rozbioru. Zdrój „Ludwika“ położony w dolinie otoczonéj górami ujęty jest w cembrzynę kamienną, głębokość studni licząc od powierzchni wody aż do dna wynosi 14 sążni, szerokość zaś cembrzyny 80—90 cm. Ilość przypływu wody na dobę wynosi mniéj więcéj do 10.000 litrów, roczna zaś rozsełka wody nalewanéj do flaszek niebieskich dochodzi 40—50.000. Napełnianie i korkowanie odbywa się według najnowszéj metody. Woda rozsyłana we flaszkach nie wydziela znacznego osadu, z powodu małéj ilości dwuwęglanu żelazawego. Rozbiór ilościowy dał następujące wypadki. Węglany obliczono na dwuwęglany. Wypadki rozbioru obliczono na 1.000 gr. wody.

Chlorku potasu KCl	0·47201	grm.
„ litu LiCl	0·01709	„
„ sodu NaCl	3·38211	„
Jodku sodu NaJ	0·01496	„
Siarkanu sodowego Na_2SO_4	0·08521	„
Boranu sodowego BO_2Na	0·18329	„
Fosforanu glinowego $P_2O_8Al_2$	0·00212	„
Dwuwęglanu manganu $H_2Mn(CO_3)_2$	0·00116	„
„ żelazawego $H_2Fe(CO_3)_2$	0·02131	„
„ strontowego $H_2Sr(CO_3)_2$	0·00044	„
„ barowego $H_2Ba(CO_3)_2$	ślady	
„ wapniowego $H_2C_4(CO_3)_2$	0·55586	„
„ magnowego $H_2Mg(CO_3)_2$	0·36905	„
„ sodowego $HNaCO_3$	12·96262	„
Kwasu krzemowego SiO_2	0·02931	„
Bezwodnika węgl. istotnie wolnego	2.36746	„
Razem składników stałych	20·46450	„
Odtrącając bezwodnik węglowy istotnie wolny w ilości	2·36746	„
Pozostaje składników stałych	18·09704.	

Rozbiór chemiczny wykazuje, że zdrój Ludwika należy do najsilniejszych szczaw słonoalkalicznych zawierających jod; pod względem ilości dwuwęglanu sodowego przewyższa wszystkie krajowe i zagraniczne zdroje alkaliczne.

W dyskusyi nad tym przedmiotem kol. Riedmüller nadmienił, że śp. prof. Skobel w r. 1862 wydał broszurę o wodzie z Czegiełki na podstawie rozbioru śp. Aleksandrowicza. Kol. Olszewski zwrócił uwagę na wypadki rozbioru chemicznego, zwłaszcza na obecność strontu, baru, litu, jakkolwiek zwłaszcza dwa ostatnie w nader małéj ilości się znajdują. Przewodniczący podał, że przed Kovacem i Aleksandrowiczem w r. 1856 Dr. Jacz trudnił się rozbiorem chemicznym wocy z Czegiełki i w 16 uncyjach wody miał znaleść 300 ziarn części stałych. Wprawdzie późniejsze rozbiory nie potwierdziły tego podania, w każdym razie tak podług rozbioru Kovaca i Aleksandrowicza, jakotéż podług rozbioru kol. Trochanowskiego co do głównych składników nie wiele się od nich różniącego, woda z Czegiełki należy do najsilniejszzch ze znanych dotychczas szczaw słono-alkalicznych jod i lit zawierających, a najpodobniejsza jest do wody z Luchaczowic.

Dr. W. A. Gluziński.

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

○ Na posiedzeniu z dnia 28 lutego r. b. Towarzystwa medycyny publicznéj w Paryżu Méguin przedstawił pudełko z preparatami po części drobnowidowemi z resztek owadów znalezionych na zwłokach lub w zwłokach, które badał jako znawca celem rozpoznania prawdopodobnego czasu śmierci. Jestto nowe i zasługujące na uwagę zastosowanie entomologii do medycyny sądowéj. Mógł on istotnie w tych okolicznościach opierając się na badaniu resztek, jakie owady zwłoki niszczące zawsze pozostawiają, gdy zwłoki nie są szczelnie zamknięte, oka-

zać, sądząc po przyrodzie i trwaniu przemian u owadów zebranych w takich razach, że śmierć nastała mniéj więcéj przed 2 laty, potrzeba bowiem, aby 2 pory ciepłe minęły po sobie, iżby owady te mogły zwłoki do tego stanu zasuszenia doprowadzić, jakie przedstawiały. Owady, o których mowa, należały do dwuskrzydłych *Sarcophaga laticrus* (Rob. D.) *Lucinia cadaverina* (L) do rodzaju *Tyraglyphus longior*, *Dermestes cardanius, Anthrenus muscorum. (Rev. d'hyg.*, 1883, Nr. 3).

○ Przez uregulowane obowiązkowe szczepienie powtórne udało się według źródeł urzędowych w wojsku niemieckiém ospę prawie zupełnie stłumić, gdy w innych armijach, zwłaszcza we francuskiéj, gdzie nie ma uregulowanego szczepienia powtórnego zmiera corocznie znaczna liczba żołnierzy z ospy. W wojsku pruskiém jeszcze w r. 1867 zachorowało 188 żołnierzy na ospę a z tych zmarło 2; w r. 1868 i 1869 zachorowało tylko 3 względnie 5 żołnierzy, a umarło po jednym. Pod wpływem epidemii w r. 1870 umarło ogółem 76 żołnierzy, a w 1871 nawet 288, gdy z pośród francuskich jeńców zachorowało 7000 a zmarło 1216. W latach od 1873—1880 zaszczepiono powtórnie wszystkich żołnierzy i oficerów a mianowicie 63% ze skutkiem, 17% bez skutku. W ciągu epidemij wśród ludności wojsko nie ulegało tymże. (*Gesundheit*, 1883, VIII, 9).

Statystyka epidemij. W tygodniu od 20—26 maja umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców w Krakowie 31,6. Z płonicy umarło 3 (1 z. t.); z błonicy 1 (0 z. t.); z krztuśca 2 (0 z. t.); z gorączki połogowéj 0 (1 z. t.); z kiły 1 (0 z. t.); z róży 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 7 przypadkach płonicy, 4 duru brzusznego. W tygodniu od 13 do 19 maja umarło z ospy w Londynie 1, leczyło się 77, świeżo zapadło 10. W Bombaju umarło 49, w Orleanie 45, w Paryżu 19, w Roterdamie 11, w Aleksandryi 9, w Petersburgu 7, w Maladze 5, w Baltimore 4, w Pradze, Lizbonie, Madrycie i Walencyi po 3, w Brukseli i Warszawie po 2. Odra panuje w Pradze, Genewie, Paryżu, Londynie, Glasgowie, Liwerpolu i Rzymie; w Madrycie złagodniała. Dur brzuszny pojawia się dosyć często w Budapeszcie, Paryżu, Petersburgu i Aleksandryi. Z tyfusu osutkowego umarło w Londynie, Warszawie i Saragosie po 1, w Budapeszcie, Petersburgu i Odesie po 2, w Walencyi i Murcyi po 3, w Madrycie i Maladze po 4.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 13—19 maja umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 27,8; w Warszawie 34,3; w Poznaniu 25,2; w Wiedniu 35,5; w Budapeszcie 39,5; w Pradze 46,6; w Berlinie 28,4; w Wrocławiu 36,4; w Gdańsku 19,5; w Kolonii 29,7; w Mnichowie 38,9; w Dreźnie 25,8; w Lipsku 21,4; w Bazylei 24,6; w Brukseli 21,4; w Amsterdamie 24,8; w Hadze 24,8; w Paryżu 28,0; w Londynie 20,2; w Kopenhadze 22,8; w Stokholmie 25,1; w Chrystyjanii 12,8; w Petersburgu 40,8; w Odesie 28,7; w Rzymie 35,7; w Wenecyi 27.2; w Bukareszcie 30,4; w Madrycie 42,5; w Lizbonie 28,7; w Aleksandryi 40,5; w Filadelfii 23,2; w Bombayu 30,5. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 7 czerwca. Sprawa budowy kliniki i zakładu patologicznego zwolna wprawdzie, jednak posuwa się naprzód. Dzięki energii i pilności p. inżynijera Sarégo czynności wstępne są ukończone; wygotowane bowiem zostały szkice wszystkich zakładów razem z objaśnieniem i kosztorysem; zostały one przyjęte już przez Komisyję wydziałową a niebawem zapewne będą przyjęte i przez Wydział, poczém odejdą do Namiestnictwa, które zapewne poprze żądanie Wydziału, aby już w przyszłorocznym budżecie sumę około 100.000 zła. jako pierwszą ratę umieszczono.

* W Luhaczowicach w d. 27 maja było gości kąpielowych 48, w Cieplicach czeskich do d. 30 maja 1711.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Klausenburg.** Dr. Arpad Bókai (syn pedyjatry peszteńskiego) mianowany został zwyczajnym prof. farmakologii i patologii ogólnéj.

* **Nekrologija.** W Warszawie umarł Dr. Romuald Chełmiński, lekarz szpitala Dzieciątka Jezus. (*Gaz. Lek.*).

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lek.* Nr. 22: Neugebauera: Przypadek nieuleczalnéj przetoki pęcherzo-pochwowéj; Szumana: Wstrzykiwanie roztworu soli kuchennéj przy ostréj niedokrwistości; Rejchmana: Niestrawność nerwowa (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 22: Stolla: Sześć amputacyj z wyłyżeczkowaniem szpiku kostnego (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. J. V. DROZDA (docent pryw. we Wiedniu): O podminkách vzniku šelestu zoučivých na srdci. (Osobne odbicie z „Časop. lek. česk. 1883) in 8vo str. 17.

Dr. Stan. JANA: Zdroje siarczane w Lubieniu. Rok 1883, Lwów 1883, in 8vo str. 20.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod topórkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 16 czerwca 1883. № 24. Rok XXII.

I. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

Kilka słów o zejściu zapalenia płuc włóknikowego (pneumonia crouposa) w zapalenie międzymiąższowe (pneumonia interstitialis).

Podał Dr. Wł. Antoni Gluziński

Asystent téjże kliniki.

(Według wykładu mianego na posiedzeniu Tow. lek. krak. d. 16 maja 1883).

Gdy inne zejścia zapalenia płuc włóknikowego, jak zejście w ropień, zgorzel są ze stanowiska klinicznego zupełnie uznawane, przeobrażenie się w zapalenie międzymiąższowe (*Pneumonia interstitialis*) pozostało do dziś dnia kwestyją sporną. Sprawie téj chcę poświęcić słów kilka.

Ze stanowiska anatomicznego jak również klinicznego sprawa ta niełatwa do rozstrzygnięcia wywołała niezgodność zdań, która od czasów Laënneca trwa aż do téj chwili. Z początku ogólnie przyznawano możebność przejścia zapalenia ostrego w zapalenie włókniste, później zaprzeczano téj możebności, dziś rozmaicie zapatrują się na to autorowie stósownie do osobistego przekonania. Dość przejrzeć nowsze podręczniki lub dzieła tak anatomii patologicznéj jak kliniczne, aby znaleść w jednych tylko krótką wzmiankę, albo zdania wprost przeciwne lub przejście nad kwestyją tą do porządku dziennego przez zupełne pominięcie milczeniem. A jednak sprawa to ciekawa dla anatoma, ważna dla klinicysty tak pod względem rokowania jak leczenia.

Przykład to najlepiéj wykaże. Chory przebywa bez obserwacyi lekarskiéj typowe zapalenie płuc włóknikowe, zajmujące płat górny, badany w kilka miesięcy potém przedstawia przypady zagęszczenia szczytu jednego płuca. Inaczéj na zmianę tę będzie się zapatrywał lekarz, który jest przekonany, że zapalenie płuc włóknikowe może pociągnąć za sobą zapalenie przewlekłe, aniżeli lekarz z obozu przeciwnego, który będzie upatrywał w tym razie już zmianę swoistą.

W czémże leży trudność stanowczego orzeczenia o właściwéj przyrodzie sprawy chorobowéj? Zdaniem mojém w trzech kierunkach przyczyn szukać należy: Anatom patologiczny znajdując na stole sekcyjnym płuca z obrazem odpowiadającym zapaleniu włóknistemu mówi, co znalazł, trudno mu jednak, w obec rozlicznych spraw mogących podobny skutek wywołać, stanowczo orzec, która z nich zadziałała, odwołuje się więc w tym względzie do całości obrazu chorobowego, odwołuje się do klinicysty. Klinicysta niełatwe ma przed sobą zadanie. Gdyby znał chorego nie tylko podczas saméj sprawy ostréj, lecz znał dokładnie jego fizyczny stan płuc przed zapaleniem włóknikowém i miał sposobność obserwować go przez cały dalszy ciąg życia aż do stołu sekcyjnego, mógłby odpowiedzieć stanowczo na zadane sobie pytanie. Przypadki takie są rzadkością; w tém szczęśliwém położeniu mogą znajdować się chyba lekarze w zakładach dla nieuleczonych, w tém położeniu znajduje się Charcot, którego też zdanie w téj kwestyi, o którém wspomnę niżéj, na szali zaważyć powinno. Trzecią przyczyną ta okoliczność, że patologija doświadczalna w tym kierunku wypowiada swoje posłuszeństwo, nie zdołała bowiem wywołać właściwego zapalenia płuc włóknikowego, a więc i co do jego następstw objaśnień dać nie może.

Trudności te mogą jednak powstrzymywać od kuszenia się o rozwiązywanie téj kwestyi tém bardziéj, że każdemu lekarzowi praktykującemu zdarzają się przypadki zapalenia płuc włóknikowego, gdzie dla wytłumaczenia sobie przebiegu musi przypuścić obok zejścia w rozdzielenie się, ropień, zgorzel także i zejście w formę chroniczną nie mogąc sobie może zdać dokładnie sprawy, jaki proces i w któréj części miąższu płucnego się toczy.

Te myśli nasunęła nam obserwacyja kilku przypadków zapalenia płuc włóknikowego z przebiegiem więcéj chronicznym w klinice prof. Dra Korczyńskiego, przypadków, które dały powód do przedstawienia téj sprawy na dzisiejszém posiedzeniu.

Przypadek I. Regina F., l. 55, dotychczas nie chorowała; na $1\frac{1}{2}$ tyg. przed przybyciem do kliniki wystąpił dreszcz, gorączka i kłucie w prawéj stronie klatki piersiowéj. Przy przyjęciu przedstawia osłabienie znaczniejszego stopnia, stan już bezgorączkowy, objawy rozedmy płucnéj a obok tego stłumienie po stronie prawéj, które z przodu sięgało od obojczyka do 3 żebra, z tyłu od grzebienia łopatki do połowy łopatki, w miejscach tych wdech szorstko-pęcherzykowy, wydech słyszalny i dość liczne rzężenia resolucyjne. Wśród siedemnastodniowéj obserwacyi klinicznéj rzężenia zupełnie ustępują, odgłos stłumiony jawnieje z wyjątkiem miejsca między brzegiem wewnętrznym łopatki a kręgosłupem, z którąto zmianą chora klinikę opuszcza z znacznie polepszoném odżywieniem. W dwa tygodnie późniéj badana, a więc w sześć tygodni od początku choroby, przedstawia to samo stłumienie, wygląda dobrze, oddaje się ciężkiéj pracy.

Uwag nad przypadkiem tym nie czynię, przytoczę bowiem poprzednio historyję podobnego przypadku, który prawie od początku choroby przez dłuższy przeciąg czasu można było obserwować.

Przypadek II. Edward D. l. 55. Chory z wyjątkiem dwukrotnego zapalenia płuc (jak sądzić można z wywiadów) włóknikowego po stronie prawéj nie podlegał innym chorobom. Na pięć dni przed przybyciem do kliniki wystąpił silny dreszcz, gorączka i kłócie w boku prawym. Badany w d. 26 stycznia rb. przedstawiał stan następujący: c. 40·8 t. 96. Na wardze wybitne opryszczki (*herpes*). Klatka piersiowa dobrze zbudowana, po stronie prawéj w górze lekko zapadła i mniéj poruszalna niż po lewéj; w tém miejscu stłumienie z przodu sięga od szczytu aż do 3 żebra poniżéj 5go do z mniejszém natężeniem, z tyłu od szczytu aż do dolnego kąta łopatki. Tak z przodu jak i z tyłu wdech i wydech oskrzelowy, skąpe rzężenia dźwięczne; w linii pachowéj wyraźne tarcie opłucnowe. Plwociny lepkie i rdzawe. Rozpoznanie: *Pleuropneumonia crouposa dextra.* Około 10 dnia choroby nastąpiło powolne przełamanie się stanu gorączkowego, wypocina opłucnowa, która począwszy od 6 dnia choroby zaczęła się wytwarzać, ustąpiła po 2 tygodniach zupełnie. — Objawy rozdzielania nacieku następowały jednak bardzo powoli, odgłos wprawdzie jawniał zwłaszcza od dołu, w końcu 5 tygodnia ustąpiły rzężenia, w końcu 6 tygodnia pozostało jeszcze stłumienie w każdym razie słabsze niż z początku, sięgające z przodu do 3 żebra z tyłu poniżéj grzebienia łopatki obok prawidłowych zresztą w tych miejscach objawów przysłuchowych, nadto można było stwierdzić pod koniec obserwacyi powolne powiększanie się zapadnięcia się klatki piersiowéj po stronie prawéj w górnéj części od przodu. Chory po 6-tygodniowym pobycie opuścił klinikę zdolny do ciężkiéj pracy z przybytkiem 3 klgrm. na wadze. W 3 tygodnie po wyjściu badany, a więc w 9 tygodni od początku choroby, przedstawiał stan fizyczny płuc ten sam.

Mieliśmy więc przed sobą dwa przypadki z typowém zapaleniem płuc włóknikowém, obydwa u indywiduów starszych, u których rozdzielanie się nacieku po przełamaniu się stanu gorączkowego postępowało zwolna pozostawiając po sobie zmiany, które nie uwidoczniały się objawami przysłuchowemi lecz tylko wypukowemi, a w przypadku 2gim zapadnięciem się klatki piersiowéj nad miejscem dotkniętém sprawą zapalną. Te właśnie okoliczności nie pozwalają tych dwóch przypadków zaliczyć do przypadków tylko z późném rozdzielaniem, lecz każą się domyślać jakiejś sprawy głębszéj, toczącéj się nie w pęcherzykach płucnych, objawy bowiem przysłuchowe tego nie wykazywały, lecz między takowemi, każą się domyślać zmian, które sprowadziły pomniejszenie objętości samego płuca z następową akomodacyją klatki piersiowéj w przypadku drugim.

Przypadki te swoją drogą mają prawo liczyć się do przebiegających z powolném, gdyż przeszło trzy tygodnie trwającém, rozdzielaniem. Jednak powolne rozdzielanie samo przez się nie usprawiedliwiłoby ogłaszania tych dwóch przypadków, bo ani to rzecz tak rzadka, ani tak typowe przypadki. Wszak według statystyki Grissolle'a na 103 przypadki przypada 66, Lebert ze swoich 261 zalicza 135 do późnéj resolucyi, przez którą rozumiemy trwanie nacieku przez 20—60 dni. Są nawet znane przypadki jak Andrala, który trwał 4 miesiące lub Leydena, gdzie jeszcze dłuższego potrzeba było czasu, zanim płuco wróciło do prawidłowego stanu; w przypadkach tych jednak obok zmian wypukowych znajdowano i zmiany przysłuchowe, chorzy nie odzyskiwali przez cały ten czas pierwotnych sił, a często towarzyszyło podniesienie ciepłoty.

Jaka ostatecznie sprawa chorobowa istniała w powyższych dwóch przypadkach, łatwiéj nam będzie odpowiedzieć, gdy poprzednio opiszemy jeszcze jeden przypadek podobny.

Przypadek III. Tomasz S., l. 53, przyjęty do kliniki d. 25 października r. z. mocno osłabiony. Z wywiadów wynikało, że dotąd nigdy ciężéj nie chorował z wyjątkiem zapalenia płuc po stronie prawéj, które przed kilku laty przebywał. Warunki higijeniczne, wśród których pozostawał, były bardzo niedostateczne, nadto oddawał się nałogowi pijaństwa. Według opowiadania jego na 21 dni przed przybyciem do kliniki, według żony zaś na dni dziesięć, doznał chory dreszczu, gorączki i kłócia w boku prawym. Nocami majaczył, zrywał się tak, że musiał być strzeżonym. Przyjęty do kliniki przedstawiał stan następujący: Chory mocno osłabiony. Na skórze i gałkach ocznych miernego stopnia żółtaczka. Policzki i błona śluzowa warg sinawa, na nosie widoczne porozszerzane naczyńka. Na wardze dolnéj dość obfite opryszczki (*herpes*). Przy ruchach klatki piersiowéj prawa strona daleko mniéj się porusza niż lewa, drżenie klatki piersiowéj po stronie prawéj wzmożone. Wypukiem stwierdzono po stronie prawéj z przodu odgłos stłumiony od szczytu aż do 4go żebra; poniżéj aż do dolnego brzegu 6 żebra przytłumiono bębenkowy; z tyłu od szczytu do dolnego kąta łopatki stłumiony, poniżéj przytłumiono bębenkowy; po stronie lewéj wszędzie jawny i pełny. Stłumienie serca na niewielkiéj przestrzeni; uderzenie w 5 przestworze międzyżebrowym rozlane. Przysłuch po całéj stronie lewéj wykazywał wdech pęcherzykowy szorstki; wydech słyszalny. Po stronie prawéj z przodu wdech i wydech prawie nieoznaczony, w górnéj części tylko wydech wyraźnie oskrzelowy, szmery bowiem pokryte są obfitą ilością furczeń i rzężeń; po kaszlu a następnie kilkorazowych głębokich wdechach następują tu i owdzie podczas wdechu drobne rzężenia równobańkowe. W pasze na całéj rozciągłości wdech i wydech oskrzelowy; z tyłu do połowy łopatki także wdech i wydech oskrzelowy, poniżéj pęcherzykowy szorstki i liczne drobnobańkowe rzężenia obok furczeń i gwizdów.

Plwociny lepkie w części trawiaste w części i rdzawe zawierają barwiki żółci, pod mikroskopem badane wykazują

ciałka wypocinowe, komórki przybłonkowe, nitki włóknika i dość znaczną ilość ciałek czerwonych.

Tony serca głuche, ale czyste, tętno częste, miękkie i dwubitne.

Brzuch miernie wzdęty, przy obmacywaniu niebolesny, wątroba znacznie powiększona, śledziona niemacalna, wypukiem nieco powiększona.

Mocz w skąpéj ilości, barwy pomarańczowo-żółtéj c. g. 1·021, białka nie ma, chlorki znacznie pomniejszone, wybitne oddziaływanie barwików żółciowych.

Nie jest moim zamiarem rozbieranie dokładne całego tego przypadku, uskutecznię to przy innéj sposobności, na teraz ograniczę się tylko do tych punktów, które odnoszą się do poruszonego przedmiotu. Nadmienić mi więc wypada, że już samo rozpoznanie kliniczne, oparte na wyniku badania wyżéj podanym, nasuwało pewne trudności. Bo jakkolwiek mieliśmy wybitne objawy przemawiające za zmianą zapalną w narządzie oddechowym, jakkolwiek w obec nagłego początku od dreszczu, gorączki, kłócia w boku prawym, zmian wypukowych i przysłuchowych, wyglądania plwocin mieliśmy ugruntowaną podstawę rozpoznawania włóknikowego zapalenia płuca prawego, jednak trzeba było rozstrzygnąć, czy zapalenie to było samoistne czy téż następstwem lub powikłaniem jakiejś innéj sprawy chorobowéj; pytanie to nasunąć się musiało już z powodu długiego względnie trwania choroby, która według podania chorego miała trwać dni 21, według żony jego dni dziesięć. Roztrząsając bliżéj to pytanie przechyliliśmy się do rozpoznania samoistnego zapalenia płuc, gdyż z jednéj strony nie mieliśmy żadnéj podstawy do przypuszczenia innéj sprawy chorobowéj jako pierwotnéj, z drugiéj strony w nadużywaniu napojów wyskokowych w wieku chorego, wreszcie okoliczności, że zapalenie rozpoczęło się od płatu górnego, mniemaliśmy znaleść dostateczne powody do wytłumaczenia tak długiego trwania choroby.

Rozpoznanie kliniczne podane przez prof. Korczyńskiego w dniu przyjęcia do zakładu brzmiało: *Pneumonia crouposa dextra asthenica (forma biliosa) in potatore.* (C. d. n.)

II. Z kliniki chirurgicznéj prof. Dra Mikulicza w Krakowie.

Przyczynki do Chirurgii.

IX.

Polip nosopołykowy — wyłuszczenie przez jamę ustną.

Podał asystent Dr. Schramm.

W 5tym numerze bieżącego rocznika Przeglądu opisał prof. Mikulicz przypadek polipa nosopołykowego operowany metodą Gussenbauera. W przypadku owym jednak operacyja nie odbyła się typicznie głównie z powodu znacznego rozrostu nowotworu, który już wywołał zniszczenie kości podniebienia i dla tego téż przebieg nie był zupełnie prawidłowy, zwłaszcza następowe zespojenie otworu w podniebieniu przedstawiało znaczne trudności. Daleko lepiéj można ocenić zalety metody Gussenbauera z drugiego przypadku, którego historyję podaję pokrótce.

Piotr Gawełek, lat 19 liczący, wieśniak z zdrowéj pochodzący rodziny, nie przebywał żadnych ważniejszych chorób. Przed dwoma laty wystąpiły u niego częste krwotoki z nosa, wkrótce potém przyłączyło się do tego zatkanie nozdrza lewego, a lekarz proszony o poradę wydobył dwa polipy dochodzące według podania chorego wielkości małego orzecha włoskiego. Przez kilka miesięcy po tym zabiegu chory czuł się zupełnie dobrze, tylko głos nie odzyskał pierwotnéj czystości, pozostał zawsze nieco nosowym. Przed 8 miesiącami wystąpiły na nowo krwotoki z nosa, wkrótce oddechanie nosem stało się niemożebném i z tego powodu przybył G. do kliniki chirurgicznéj, gdzie znaleziono stan następujący: Mężczyzna dobrze zbudowany tylko nieco niedokrewny. Narządy wewnętrzne nieprzedstawiają zmian żadnych. Głos ma dźwięk mocno nosowy, mowa nieco niewyraźna. Nozdrza oba zatkane tak, że chory oddechać może tylko ustami, zresztą oddech swobodny. Podniebienie nieco ku dołowi zepchnięte, przy badaniu palcem wyczuć można poza podniebieniem miękkiém obrzęk twardy, wypełniający prawie całkiem jamę noso-połykową, zatykający otwory nosowe tylne i sięgający ku górze aż do podstawy czaszki. Przy ostrożném nawet badaniu występuje krwotok dość silny.

Rozpoznanie nie ulegało więc najmniejszéj trudności. Mieliśmy oczywiście przed sobą tak zwany polip nosopołykowy, wychodzący z podstawy czaszki, którego oddalenie tak z powodu częstych krwotoków jak i niebezpieczeństw, jakie nowotwór musiał wywołać przy dalszym wzroście, było konieczne. Do wydobycia zatém nowotworu przystąpił prof. Mikulicz d. 15 kwietnia b. r. według metody Gussenbauera. Odważny i cierpliwy chory, któremu chodziło tylko o jak najprędsze pozbycie się nieprzyjemnego cierpienia zgodził się na operacyję bez chloroformu. Posadzono go więc na stołku, otwarto usta wziernikiem Whiteheada i prof. M. poprowadził cięcie w linii środkowéj idące przez przednią połowę podniebienia miękkiego i przez całe podniebienie twarde i sięgające aż do kości. Po oddzieleniu części miękkich wraz z okostną za pomocą raspatoryjum wydłutował prof. M. kawałek kości podniebienia długi na 3 a szeroki na $1\frac{1}{2}$cm. i tym sposobem otworzył drogę do nowotworu, który z pomocą nożyczek i raspatoryjum oddzielono jak najdokładniéj od szerokiéj podstawy. Krwotok przy téj części operacyi był bardzo znaczny, a gdy wstrzykiwanie zimnéj wody nie wystarczyło do jego zatrzymania, przypalono ranę termokauterem i wytamponowano jamę nosopołykową gazą jodoformową, którą wyprowadzono częścią przez nos a częścią przez ranę w podniebieniu. Chory zniósł operacyję bardzo mężnie, jednak gwałtowny krwotok osłabił go tak znacznie, że musiano go odnieść na salę, podać wino i leki skrzepiające. O natychmiastowém zespojeniu rany na podniebieniu nie można było myśleć już to z powodu, że chory osłabiony bardzo nie zniósłby dłuższéj operacyi, jak téż i dlatego, że śród przypalania rany termokauterem zostały sparzone także częściowo brzegi rany w podniebieniu; a wreszcie leżące w ranie tampony, których z powodu krwotoku nie można było oddalić, nie pozwalały oczywiście na zeszycie podniebienia. Chory przyszedł prędko do sił, wieczorem ciepłota 37·3, tętno 110 dość pełne. Oddech swobodny. Nazajutrz rano ciepłota 37·2, tętno 100 dobre. Brzegi rany w podniebieniu pokryte strupem od sparzenia. Wieczorem 38·4, tętno 112. 17/4 Ciepłota 39, tętno 110, wyciągnięto tampony z gazy jodoformowéj, poczém jednak powstał znowu silny krwotok tak, że musiano całą jamę ponownie wytamponować i to głównie przez ranę w podniebieniu.

Dalszy przebieg był bardzo pomyślny. Chory nie gorączkował wcale. W 6ym dniu po operacyi wydobyto

tampony z gazy a 23 kwietnia udał się chory do domu z poleceniem przybycia za trzy tygodnie w celu zamknięcia otworu w podniebieniu. Rzeczywiście przybył on do kliniki dnia 19 maja. Brzegi rany były już zupełnie zabliźnione i miękkie, tak że dnia następnego przystąpił prof. M do zespojenia podniebienia. Przedtém jednak badano palcem jamę nosopołykową i wtedy znaleziono na podstawie czaszki drobne nie równe wybujałości, łatwo krwawiące, które uważać musiano albo jako powracający nowotwór, albo raczéj jako resztki pozostawione podczas poprzedniéj operacyi. Wybujałości te przypalono jak najdokładniéj termokauterem ochroniwszy poprzednio brzegi otworu w podniebieniu wilgotnemi szpatułkami drewnianemi, aby je uchronić od sparzenia. Następnie odświeżył prof. M. brzegi otworu, poprowadził cięcie boczne, oddzielił utworzone tym sposobem płaty od swéj podstawy i zespoił je 8 szwami z katgutu chromowego (typowa uranoplastyka). I ten zabieg odbył się bez narkozy, chory zachowywał się tak podczas saméj operacyi, jak i w dniach następnych wzorowo, skutek operacyi był téż zupełnie pomyślny, rana zgoiła się w całości *per primam* a operowany opuścił klinikę dnia 28go maja zupełnie wyleczony. Głos pozostał nosowy przynajmniéj podczas pobytu w klinice. Spodziewać się jednak należy, że powoli wróci do prawidłowości lub przynajmniéj znacznie się poprawi.

Nie potrzebuję zastanawiać się dłużéj nad zaletami metody Gussenbauera ani podnosić jéj wyższości nad innemi sposobami operowania polipów nosopołykowych. Omówił je obszernie prof. Mikulicz w 5 numerze bieżącego rocznika Przeglądu; pozwolę sobie tylko zwrócić uwagę na kilka ważniejszych szczegółów. Przypadek powyższy był o wiele pomyślniejszy od przypadku opisanego przez prof. M., głównie z powodu mniejszego rozrostu nowotworu. W przypadku tym bowiem nie było jeszcze zniszczenia podniebienia twardego, a w celu wydobycia nowotworu nie było potrzeba rozcinać całego podniebienia. Z tego powodu następowe zespojenie utworzonego otworu dało się znacznie łatwiéj wykonać, niż to miało miejsce w przypadku pierwszym.

Przypadek ten wykazuje téż bardzo dobrze główne zalety metody Gussenbauera. Po operacyi bowiem nie pozostało żadne oszpecenie, a co najważniejsza, że przez pozostały otwór w podniebieniu można było w trzy tygodnie po operacyi rozpoznać recydywę, a względnie pozostawione resztki nowotworu i zniszczyć je doszczętnie, tak że radykalne wyleczenie chorego jest prawie pewne. Na podstawie więc tego przypadku musimy radzić, aby w każdym przypadku polipa nosopołykowego wykonywać operacyję według metody Gussenbauera, któréj wyniki będą tém lepsze, w im wcześniejszym okresie wykonamy operacyję.

III. Z Zakładu sądowolekarskiego prof. Blumenstoka w Krakowie.

Kazuistyka sądowo- i policyjnolekarska.

IV.

Śmierć z zaczadzenia.

Podał Dr. J. Schaitter,
demonstrator przy tymże zakładzie i lekarz sądowy.

Dnia 5 grudnia r. z. przywieziono zrana do kliniki lekarskiéj kobietę nieprzytomną Annę B., którą znaleziono w tym stanie obok jéj narzeczonego nieżywego Bartłomieja S. Równocześnie przywieziono do zakładu sądowolekarskiego zwłoki jéj narzeczonego. Od sąsiadów dowiedziano się, że zamieszkiwali oni nędzną drewnianą budę bez okna, przystawioną do domu murowanego, w którym Bartłomiej pełnił obowiązki stróża. Wieczorem dnia poprzedzającego widziano jeszcze oboje zdrowych i zajętych pracą, a nieobecność ich przy zwyczajnych zajęciach zrana około domu była przyczyną, że sąsiedzi szukając ich weszli do tego nędznego mieszkania. Lekarz przywołany natychmiast domyślał się podwójnego samobójstwa a brak śladów gwałtu na zwłokach Bartłomieja i na ciele nieprzytomnéj Anny zdawał się przemawiać za wzajemném otruciem. O zaczadzeniu nikt nie myślał, gdyż w komórce téj nie było wcale pieca a ludzie, którzy tam pierwsi weszli, nie uczuwali wcale podejrzanéj woni. Po bezskutecznych usiłowaniach przywrócenia przytomności u Anny polecił lekarz miejski odesłać ją do zakładu leczniczego, co téż natychmiast wykonano. Anna nie oddziaływała wcale na wpływy zewnętrzne, źrenice obie jednostajnie rozszerzone, lica pokryte wymiocinami, oddziaływającemi silnie kwaśno. Zęby mocno zaciśnięte a w przodkowéj części jamy ust, na dziąsłach i na końcu języka, zaciśniętego pomiędzy zęby, widać wysepkowate wybielenie i zaćmienie przybłonka, zresztą błony śluzowe zaczerwienione. Oddech płytki, wolny. Wdech zaostrzony, a z tyłu nieliczne rzężenia. Granice narządów nie przedstawiają zmian. Tony sercowe czyste, tętno regularne. Badanie brzucha wykazuje, że skóra na nim blada zmian nie przedstawia, powłoki brzuszne zapadłe, przy obmacaniu głębszém spostrzedz się daje ślad reakcyi na ucisk w okolicy żołądka, w którym wypukiem i przy zmianie położenia choréj płyn wykazać można. Sondą żołądkową, wprowadzoną przez nos, zdołano wydobyć nieco płynnéj, mętnéj treści żołądka o woni i oddziaływaniu silnie kwaśném. W narządzie ruchu uderzały kontraktury odnóg dolnych i górnych i szczękościsk. W obec tych oznak domyślać się można było jedynie otrucia jakimś kwasem, zastosowano téż odpowiednie leczenie; nikt bowiem z obecnych nie wiedział, że nieprzytomnéj wlewano w pierwszéj chwili przed przybyciem lekarza silny ocet, zapewnie zanieczyszczony kwasem siarkowym, chcąc ją tym sposobem ratować a okoliczność podana przez świadków, że w tém mieszkaniu nie ma pieca, zdawała się być dostateczną do wykluczenia zaczadzenia. Anna B. była przez 6 godzin od znalezienia jéj zupełnie nieprzytomną. Dopiero po południu dnia tego spostrzeżono, że oddziaływa na głośne wołanie jéj imienia, wieczorem zaczęła z trudnością odpowiadać na pytanie jak się nazywa, wymawiając chrypliwym głosem „Hanusia.“ Pierwsze skargi choréj na ból gardła i żołądka zdawały się stwierdzać rozpoznanie, gdyż co do samego zajścia nie była w stanie nic odpowiedzieć a objawów jéj woli zaledwie zrazu domyślać się było można. Tymczasem zagadkowe zajście rozjaśnionem zostało w inny sposób.

Zwłoki Bartłomieja S. złożone w zakładzie medycyny sądowéj zwróciły zaraz po południu dnia tego uwagę obecnych niezwykłém swojém wejrzeniem, gdyż plamy trupie, które dosyć często widzimy jaśniéj czerwono aniżeli zazwyczaj zabarwione i to z powodu zimna, były na zwłokach Bartłomieja S. tak rozległe i tak różowe, że wejrzenie twarzy przypominało raczéj człowieka mocno śpiącego z silnie rozczerwienioném lewém licem, na którém leżał. Jakkolwiek mroźne powietrze mogłoby było wywołać podobną zmianę, w tym jednak przypadku wpływ zimna należało stanowczo wykluczyć, gdy zwłoki od chwili przywiezienia ich do zakładu leżały w sali sekcyjnéj ogrzanéj do zwykłéj ciepłoty po-

kojowéj. Tak więc z trzech przyczyn wywołujących taką zmianę na zwłokach pozostały tylko dwie, mianowicie otrucie kwasem pruskim i jego przetworami, które niekiedy, i zaczadzenie względnie otrucie gazem świetlnym, które stale i zawsze wywołuje jaśniejsze zabarwienie plam trupich. Dwa te otrucia należą do tych nielicznych, których rozpoznanie jest możliwém już z pierwszego wejrzenia zwłok, dlatego téż chcąc jeszcze przed przybyciem komisyi sądowéj nabrać pewności, z czém się ma do czynienia, dostaliśmy z żyły ramieniowéj kilka kropel krwi, aby ją poddać właściwemu badaniu.

Zabarwienie tych kilku kropel było już na pierwsze wejrzenie jaśniejszém niż bywa krew trupia; aby uniknąć złudzenia, porównano ją z krwią innego trupa a różnica okazała się wybitną. Próby chemiczna i spektralna, do których jeszcze powrócimy, potwierdziły w sposób niewątpliwy domysł, któremu dotąd brakowało podstawy w obec podania, że w mieszkaniu zmarłego nie było wcale pieca. Nabrawszy przekonania o przyczynie śmierci Bartłomieja S. tém pilniéj uwzględniono w protokóle sekcyi, wykonanéj dnia następnego, szczegóły ważne w takich przypadkach a protokół ten przytaczamy tutaj w dosłownêm brzmieniu.

A) Oględziny zewnętrzne. 1) Na stole sekcyjnym leżą zwłoki mężczyzny lat 20 kilka liczyć mogącego, dobrze zbudowanego. 2) Stężenie trupie utrzymuje się po części tylko w dolnych odnogach. 3) Plamy trupie jasno-czerwone przez nacięcie jako takie stwierdzone zajmują grzbiet, uda po stronie wewnętrznéj, okolice nadobojczykowe i twarz po stronie lewéj. 4) Włosy na głowie jasne gęste, powieki przymknięte, rogówki nieco zaćmione, tęczówki piwne, prawa nieco więcéj rozszerzona niż lewa, natomiast spojówka lewa mocno nastrzyknięta podczas gdy prawa jest blada. W otworach nosowych ślady krwi skrzepłéj, wargi blade, zęby ściśnięte, koniec języka pomiędzy nie zaklinowany a na zębach i dziąslach leżą resztki pokarmów, składające się z łupin i jąderek owoców. Błona śluzowa obydwóch warg jest pomarszczona a miejscami wysepkowato wybielona, ubytku jednak istoty nie widać; na skórze warg oraz na brodzie nie widać zmian. Na wardze górnéj mierny zarost, na brodzie prawie nie ma zarostu. 5) Na szyi i na klatce piersiowéj nie ma zmian, brzuch lekko wzdęty, skóra jego zwłaszcza na bokach zielonawa. Prącie jasno-czerwone, przy nacisku wydobywa się mierna ilość płynu mlecznego gęstego, którego zbadanie mikroskopowe natychmiast wykonane wykazało obecność drobnych komórek ale nie wykazało plemników. 6) Uda z przodu kałem zawalane, tak samo pośladki. Na kolanach i stopach dużo brudu. 7) Po dokładném obejrzeniu nie spostrzeżono nigdzie na ciele śladów obrażenia. Dłonie okazują się po odciągnięciu mocno skurczonych palców znacznie zabrudzone, skóra na nich gruba pomarszczona. Na palcu pierścieniowym prawéj ręki znajduje się mosiężny pierścionek z wizerunkiem Matki Boskiéj.

B) Oględziny wewnętrzne. 8) Skóra czaszkowa po stronie wewnętrznéj jasno-czerwona. Sklepienie czaszki symetryczne na szczycie nieco przeświecające, zresztą nieuszkodzone. Po odjęciu sklepienia wylewa się z jamy czaszkowéj dość dużo krwi płynnéj w grubszych warstwach barwy wiśniowéj w warstwach cieńszych jasno-czerwonéj. 9) Opona twarda znacznie aż do drobniejszych gałązek naczyń nastrzykana. 10) Po wyjęciu mózgowia wylewa się kilkanaście gramów płynu surowiczego jasno-czerwonego. 11) W zatoce podłużnéj znajduje się nieco krwi płynnéj, barwy wiśniowéj. 12) Opony miękkie mocno nastrzykane, mózgowie okazuje na powierzchni zabarwienie różowawe, spójność jego prawidłowa. Istota biała przedstawia na przekroju kropki krwawe barwy cynobrowéj, w komórkach bocznych mała ilość surowicy, zwoje żylne jasno-czerwono zabarwione, większe zwoje i ściany komórek przedstawiają na przekroju zabarwienie różowe. Na podstawie mózgu nie widać żadnych zmian. Na podstawie czaszki po odjęciu opony twardéj nie widać żadnego obrażenia. 13) Na języku oprócz resztek pokarmów i śluzu widać wręby od zębów, widoczne po bokach języka. 14) Przełyk jasno-czerwony, błona śluzowa gardziela zaćmiona, przybłonek zmacerowany. W dolnéj trzeciéj części zawiera gardziel resztki pokarmów, takie same, jakie znaleziono na dziąsłach i języku. 15) W krtani i tchawicy znajduje się dużo piany, która występuje zwłaszcza za naciskiem na płuca. Błona śluzowa żywo czerwono zabarwiona. 16) Po wyjęciu płuc i serca wyciśnięto kilkanaście grm. krwi płynnéj i przechowano w słoju szklanym w celu późniejszego zbadania przyrządem spektralnym. 17) Płuca zawierają wszędzie powietrze, na przekroju zalewają się znaczną ilością cieczy pienistéj jasno-czerwonéj. 18) We worku sercowym nieco surowicy czystéj żółtawéj; mięsień sercowy jędrny, w komórkach nieco krwi płynnéj, zastawki prawidłowe, błona wewnętrzna aorty całkiem gładka, połyskująca. 19) Wątroba prawidłowéj wielkości, na przekroju nieco stłuszczona. 20) Śledziona w dwójnasób powiększona, twarda i zbita. 21) Nerki prawidłowéj zbitości na przekroju mocno przekrwione. 22) Pęcherz moczowy zawiera kilkadziesiąt gramów moczu żółtawego, błona śluzowa pęcherza prawidłowa. 23) Żołądek, poprzednio starannie podwiązany w okolicy wpustu i odźwiernika, otwarto nad czystą miską porcelanową. Treść żołądka podobna do miazgi znalezionéj w przełyku i na języku nie wydaje żadnéj charakterystycznéj woni. Błona śluzowa pomarszczona, w okolicy dna liczne drobne wynaczynionki. 24) Jelita zawierają kał rzadki i zbity, błona śluzowa wszędzie prawidłowego wejrzenia. 25) Kości nie są nigdzie uszkodzone.

Część krwi otrzymanéj przez wyciśnięcie z naczyń płucnych i żył szyjnych rozcieńczono wodą w epruwetce a zmięszawszy ją z rozczynem ługu sodowego dosyć zgęszczonym i wylawszy na miseczkę porcelanową przekonano się, że barwa jasno-czerwona prawie się nie zmieniła. W ten sam sposób postępowano z krwią z innego trupa, aby módz przez porównywanie tém łatwiéj spostrzedz różnicę. Krew z innego trupa stawała się po dodaniu ługu sodowego brunatną a barwa jéj na miseczce porcelanowéj była wybitnie zielonawą w cienkiéj warstwie. Do próby widmowéj użyto kilku kropel krwi, którą wlano do epruwetki napełnionéj do $\frac{1}{3}$ wodą przekroploną. Pręgi pochłonne krwi badanéj nie różniły się wcale zrazu tak znacznie od pręg pochłonnych otrzymanych w przyrządzie ze krwi innego trupa; gdy jednak do obu prób dodano świeżo sporządzonego siarczku amonu, nie uległy pręgi pochłonne krwi badanéj żadnéj zmianie, podczas gdy pręgi krwi z innego trupa zlały się po chwili w jedną szeroką pręgę gałczenia krwi odtlenionego. Zmiana ta występowała natychmiast, skoro do odtlenienia użyto świeżo sporządzonego rozczynu winianu żelazawego w amonijaku a we krwi badanéj żaden z tych sposobów nawet po upływie kilkunastu minut nie zdołał sprowadzić zmiany w pręgach pochłonnych.

Jak powyżéj wspomnieliśmy przychodziła Anna B. sto-

pniowo do przytomności a po spokojnie przespanéj nocy z dnia 5 na 6 grudnia stan jéj o tyle się polepszył, że przypomniała sobie już szczegółów dotyczących ostatniéj wieczerzy spożytéj z narzeczonym. Zrazu z trudnością, później z zupełną świadomością podawała ona, że przyszedłszy do mieszkania swego napili się oboje herbaty zgotowanéj na prędce i zjedli po kawałku chleba, gdy jednak w nędznem mieszkaniu zimno dokuczać zaczynało, wzniecił Bartłomiej ogień w garnku żelaznym, który stał w kącie izdebki i dokładał po kawałku węgla kamiennego. Na uwagę ze strony Anny, że w izbie czuć dym i może lepiéj garnek wynieść, odrzekł: „nic się nam nie stanie“ i spokojnie spać się położył, co też i Anna niebawem uczyniła. Od téj chwili nie wie co się z nią działo a oprzytomniała dopiero w klinice czując ból gardła i żołądka. Tak więc zeznanie Anny B., zgadzające się z rezultatem sekcyi i badania krwi uprawniło w zupełności znawców do wydania orzeczenia następującéj treści:

1) Plamy trupie i krew barwy jasno-czerwonéj, zmiany w mózgu i w płucach a przedewszystkiém próba chemiczna i spektralna, dowodzą niewątpliwie, że B. S. umarł z otrucia tlenkiem węgla. 2) Tlenek węgla jest główną częścią składową czadu i gazu świetlnego. Otrucie gazem świetlnym wykluczyć możemy, ponieważ ani w pomieszkaniu B. S. ani w pobliżu rur gazowych nie ma, ponieważ zresztą woni charakterystycznéj gazu świetlnego obok trupa nie było. Pewną więc jest rzeczą, że B. S. umarł z zaczadzenia. 3) Wprawdzie w pomieszkaniu B. S. nie było pieca, ale badana Anna B. podaje, że w izbie znajdował się garnek z węglami, które B. S. zapalił przed spaniem, i to zupełnie wystarcza. 4) Okoliczność, że Anna B. nie umarła, pomimo, że w podobnych znajdowała się warunkach, co B. S., wcale nie przemawia przeciw zaczadzeniu, ponieważ doświadczenie uczy, że osoby, które leżą bliżéj drzwi lub okna, prędzéj ocaleją, aniżeli osoby leżące w pobliżu źródła czadu. 5) Zmiany w jamie ust i na języku Anny B., znalezione również jakkolwiek w niższym stopniu na zwłokach Bartłomieja S., mogą pochodzić od silnego (a zapewne zanieczyszczonego) octu, którym według zeznania świadków starano się oboje do życia przyprowadzić. (Dok. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

J. Andeer (Würcburg): **O leczeniu róży resorcynem.**

W monografii swojéj wydanéj w r. 1880 (*Einleitende Studien über das Resorcin, zur Einführung desselben in die pract. Medicin*) wypowiedział autor, że przy odpowiedniém zastosowaniu resorcynu można nim wyleczyć różę w kilku dniach, a zdanie to sprawdziło się już niejednokrotnie według jego doświadczenia. Im dłużéj i im mocniéj zgęszczone rozczyny stosował w różnych rodzajach róży, tém silniejszego nabierał przekonania, że środek ten działa znakomicie w téj podstępnéj zakaźnéj chorobie. Doświadczenia jego przemawiają również na korzyść stwierdzonéj już mikroskopowo istoty przyrzutu róży, która powstaje w skutek wtargnienia i rozwoju istot pasorzytniczych. Gdy jednak w innych chorobach grzybkowych skóry zastosowanie resorcynu nie odnosiło pożądanego skutku, było ono nader korzystném w chorobach różycowych, a za stosowaniem tego środka przemawiała również niezmierna łatwość jego użycia. Środek ten okazał się skutecznym we wszystkich przypadkach róż, powstającéj jużto samodzielnie, już też to zdarzających się w następstwie zakażenia ran. W postaci maści użyty zostaje najrychléj resorbowanym, gdy przeciwnie w rozczynie wodnym działa zrazu ściągająco, przy znaczniejszém zgęszczeniu lekko żrąco, co naturalnie utrudnia jego chłonienie; wstrzykiwanie podskórne rozczynów nie przedstawia żadnych korzyści. Ostatni sposób stosowania jest już z powodu bólu mniéj odpowiednim aniżeli wcieranie maści, obok tego środek ten nie dyfunduje tak łatwo jak kwas karbolowy wstrzyknięty, działanie jego zatém ogranicza się do miejsca zastosowania, a co najważniejsza po wstrzyknięciu rozczynów zgęszczonych tworzą się blizny w skórze wielkości grochu. W dwóch przypadkach róży na odnodze górnéj omijała sprawa chorobowa miejsca wstrzyknięcia, jak to wynika z przytoczonych dwóch historyj chorób, szerzyła się jednak swobodnie po za niemi. Dopiero po zastosowaniu wcierań maści resorcynowéj 50% lub 80% polepszenie było widoczne i wtedy też dopiero pojawiło się charakterystyczne zabarwienie moczu i skóry. Również okłady z rozczynu wodnego tego środka, stosowane w jednym przypadku, nie odniosły pożądanego skutku. (*Wiener med. Presse*, 1883, Nr. 22).

Dr. Schaitter.

Prof. Jäger (w Wiedniu): **Rozpoznawanie chorób krwi za pomocą wziernika ocznego.**

Autor już w pracy, którą przed 7 laty ogłosił w Wiedniu, pod tytułem: *Ergebnisse der Untersuchung mit dem Augenspiegel*, dowodził, że pewne choroby krwi można za życia rozpoznać za pomocą wziernika ocznego z większą pewnością i ścisłością niż za pomocą innych dotąd znanych sposobów. Praca ta jednakowoż nie znalazła, zdaniem autora, należnego uwzględnienia i uznania. Dotąd nikt nie potwierdził ciekawych wyników długoletnich badań autora, lecz także nikt nie zaprzeczył. Okoliczność tę tłumaczy autor tém, że lekarze, którzy mają do czynienia z chorobami krwi nieposiadając należytéj biegłości we wziernikowaniu nie mogą stwierdzić jego nauki, okuliści zaś zwracają uwagę przeważnie na choroby miejscowe bez dostatecznego uwzględnienia chorób krwi, a używając najczęściéj do badań obrazu odwrotnego nie mogą się dopatrzyć zmian chorobom krwi towarzyszących, które widzieć tylko można badając w obrazie prostym.

Nauka, któréj broni tak poważny uczony, jakim jest Edw. Jaeger, który nadto tak znakomicie się wziernikiem posługuje, któréj wreszcie nie można odmówić wielkiéj doniosłości, zasługuje na to, aby się z nią szersze koła lekarskie zapoznały. W tym celu chcę poniżéj podać wyniki badań autora, odsyłając czytelników pod względem ogólnych teoryj patologicznych do oryginału.

Autor podaje, że badając wziernikiem ocznym chorego może orzec: 1) czy ilość krwi jest prawidłową lub czy nie zachodzi jaka co do ilości nieprawidłowość przy zresztą prawidłowym składzie téjże (*Hyperaemia et Anaemia*); 2) jak wielka jest we krwi ilość pojedyńczych jéj składników, czy np. krew nie jest bogatszą w istoty białkowate, ilość ciałek krwi itp.; 3) jaki zachodzi stosunek ilościowy pomiędzy krwią tętniczą a żylną; 4) czy i jakie jakościowe zachodzą różnice pomiędzy krwią tętniczą a żylną; 5) jak wielką jest ilość tlenu we krwi i jaka ilość tegoż podczas przejścia przez naczynia włosowate zostaje spożytkowaną; a wreszcie 6) czy nieprawidłowy skład krwi zależny jest od niedostatecznego wytwarzania się téjże, od zbytecznego spotrzebowania krwi przez ustrój (*übermässig gesteigerter Kon-*

sum), albo czy wreszcie nie powstał skutkiem nieprawidłowego lub niecałkowitego spotrzebowania pojedyńczych składników tejże. Jeżeliby prawdą było, że za pomocą wziernika ocznego można na powyższe pytania odpowiedzieć, nie ulegałoby wątpliwości, że Jaeger ma słuszność twierdząc, że wskazał nową drogę, że podał nowy sposób badania jakościowych i ilościowych wad krwi, i że wreszcie zwrócił uwagę na dotąd niedostatecznie przez patologów poznaną chorobę, którą nazywa Hyperoxyaemia, a która na tém polega, że we krwi żylnéj więcéj jest tlenu niż w stanie prawidłowym.

Zapatrywania autora co do rozpoznawania ilościowych wad krwi opierają się na następujących zasadach. Jeżeli w naczyniach siatkówkowych nie napotykamy zwężeń lub rozszerzeń, które skutkiem wad rozwojowych dość zresztą rzadko powstają, tedy z napełnienia prawidłowych zresztą naczyń wnosić można, wiele krwi w ogóle mieści się w ustroju. Oprócz tego wykazuje wziernik oczny, wiele stosunkowo krwi mieści się w tętnicach a wiele w żyłach, tak że badając wziernikiem można w ogóle ludzi podzielić na takich, u których przeważa tętnicza i na takich, u których przeważa krew żylna. Autor wskazuje, że to może wpływać na skłonność ustroju do pewnych chorób, na rozwój, przebieg i późniejsze objawy chorobowe. W pewnych chorobach gorączkowych spostrzegał autor rozszerzenie żył, z czego wnosi, że w tych przypadkach ilość krwi żylnéj powiększyła się kosztem krwi tętniczéj.

Daléj może wziernik oczny wykazać jakościowe skazy krwi. I tak z barwy krwi tętniczéj i żylnéj, uwzględniając naturalnie także inne wpływy, można oznaczyć ilość hemoglobinu. Daléj można rozpoznać zboczenia co do ilości tlenu we krwi. Tak np. dowodzi autor, że w wielu przypadkach krew przechodząca przez tkaniny ustroju należycie się nie odtlenia, skutkiem czego krew żylna ma więcéj w sobie tlenu niż zwykła krew żylna, co poznać można porównywając barwę krwi tętniczéj i żylnéj (*Hyperoxyaemia*). Przypadki te, które zresztą wcale w Wiedniu nie mają być rzadkością, dowodzą, że tkanina, przez którą krew przechodzi, utraciła własność należytego odtleniania krwi tętniczéj (*geringerer Sauerstoffhunger*).

Autor daléj twierdzi, że szerokość i połysk środkowéj smugi naczyń siatkówkowych (*Intensität der Reflexerscheinung von der Blutsäule*) zależne są od współczynnika załamalności krwi. Refleks jest tém wyraźniejszy i jaśniejszy im niższy współczynnik załamalności krwi a tém węższy i ciemniejszy, im współczynnik wyższy. Ponieważ zaś współczynnik załamalności zależny jest od ilości istot białkowatych we krwi się znajdujących, przeto z szerokości i siły połysku wnosić możemy, jak wielka jest ilość tychże. Ilość istot białkowatych już w granicach fizyjologicznych ulega znacznym różnicom, bardziéj jeszcze w przypadkach chorobowych *Hyperalbuminosis* i *Hypalbuminosis* może być względną i bezwzględną. W przebiegu pewnych chorób powstaje zmniejszenie ilości istot białkowatych tylko we krwi żylnéj. Autor spostrzegał także znaczne powiększenie ilości istot białkowatych po ustąpieniu silnéj gorączki. Mierne zboczenia, przy zresztą prawidłowym składzie krwi, spostrzegał autor z równoczesném pojawieniem się ogólnego osłabienia, uczucia napływu krwi do głowy, zawrotu téjże, podmiotowego uczucia strachu itp. W przypadkach tych jedynie badanie wziernikowe wyjaśniło przyczynę objawów chorobowych. (*Wiener med. Wochenschrift*, 1883, Nr. 9—11). *Dr. Machek.*

Prof. Reubold: **O szczelinach w czaszce w skutek złamań.**

Autor miał sposobność badać kość ciemieniową lewą dziecka prawie trzechletniego. Kość ta okazywała złamanie wzdłuż największéj przekątni a wzdłuż tego złamania szczelinowate pęknięcie ku przodowi i ku dołowi przebiegające. Na wysuszonym preparacie rozwierała się ta szczelina w środku na 2cm., przy sekcyi znaleziono ją w całości zarośniętą tkanką bliznowatą, zrośniętą z oponą twardą. Wywiady stwierdziły, że dziecię to wypadło raz z łóżka na 4 miesiące przed śmiercią, po tém obrażeniu nie spostrzeżono żadnych zboczeń a leczenie zastósowane przez samych rodziców polegało na zawiązywaniu głowy przez kilka dni. Reszta kości sklepienia miała przedstawiać obraz rozrzedzenia tkanki kostnéj na tle zapalném a brzegi szczeliny były wszędzie zcieńczałe, jakby wyostrzone. Przedewszystkiém zajmuje autora pytanie, czy zmianę na czaszce należy odnieść do urazu, którego dziecię doznało, czy może ona być następstwem obrażenia główki podczas porodu i zastanawia się, dla czego w tém miejscu nie wytworzyła się przepuklina oponowa wśród tak korzystnych warunków. Wywiady od rodziców, nieskorych do dawania wyjaśnień w téj sprawie, nie wykazały oprócz wspomnionego obrażenia a uważanego przez nich za nieznaczne, nie było bowiem połączone ze zranieniem, żadnéj szkodliwości, któraby mogła sprowadzić tę zmianę; gdy z drugiéj strony umiejscowienie szczeliny w kości ciemieniowéj zdaje się przemawiać stanowczo za powstaniem złamania podczas porodu. Chcąc wytłumaczyć powstanie ubytku w kości złamanéj ucieka się autor do przypuszczenia resorbcyi brzegów złamanych, któreto przypuszczenie nabiera prawdopodobieństwa w obec istniejącéj zmiany zapalnéj w całém kostném sklepieniu, wyłożoném blaszkami wybujałości kostnych, najgrubszych w okolicy ciemieniowéj lewéj. Najdonioślejsze znaczenie przypisuje uciskowi śródczaszkowemu, który sprowadza u dorosłych często kroć po obrażeniu czaszki wybujanie mózgu przez otwór. Większe znaczenie ma ucisk śródczaszkowy u dzieci w obec mózgu wzrastającego i skłonności istót młodocianych do wodogłowia, które i w niniejszym przypadku znaleziono. Pomimo tych warunków nie przyszło tutaj do wypuklenia opon, tém mniéj do powstania przepukliny mózgowéj a to dla tego, że opona twarda była niewątpliwie nieuszkodzoną. To twierdzenie znajduje znakomite poparcie w rezultatach doświadczeń Guddena (*Experimental-Untersuchungen über das Schädelwachsthum*, 1874, str. 7), które dowiodły, że szczeliny w czaszkach tworzyły się zawsze wtedy, gdy brzegi złamane odstawały zanadto od siebie a wcale nie dla tego, że mózg opadłszy w ranę przeszkadza w gojeniu. Ze względów praktycznych mają takie szczeliny szczególne znaczenie, z téj strony bowiem zagraża tym ludziom niebezpieczeństwo ustawicznie a liczne przypadki pouczają, że uraz, zresztą nieznaczny, skierowany przypadkiem w miejsce ubytku w sklepieniu sprowadza śmierć już to z krwotoku, już też to ze zmiażdżenia mózgu. (*Archiw Virchowa*, T. 92).

J. Schaitter.

Allen-Starr: **Otrucie siarkanem miedziowym — hemoglobinuryja — śmierć.**

Niewiasta 46 lat licząca dobrze zbudowana i odżywiona wypiła w zamiarze samobójczym herbatę, w której rozpuściła około jednéj uncyi siarkanu miedziowego krystalizowanego. Wkrótce potém doznała uczucia palenia w żołądku i w całém ciele, co ją skłoniło do dania znać o tém w sąsiedztwie. W drodze do szpitala, dokąd ją natychmiast od-

wieziono, doznała kilkakroć wymiotów a za przybyciem tamże czuła się nader osłabioną i cierpiała okropne kurcze żołądka. We dwie godziny po wypiciu trucizny była tak słabą, że nie mogła przejść sama przez pokój, skóra zimna i sucha, tętno pełne, 112 uderzeń na minutę, tor oddechania prawidłowy, 23 razy na minutę. Uskarżała się ciągle na znaczne osłabienie i kurcze żołądka i odnóg dolnych. Ułożywszy ją w łóżku, wprowadzono pompę żołądkową i przepłukiwano żołądek letnią wodą. Pierwsza część płynu wypompowanego była zielonawo-szara a późniéj wykazano w nim miedź. W kilkanaście minut potém wlano do żołądka rozczyn wodny 30 gramów żółtego żelasinku potasu, płyn po chwili wydobyty był brunatny, co dowodziło utworzenia się żelasinku miedziowego. Przepłukiwania rozczynem żelasinku potasu ponawiano zmniejszając stopniowo ilość użytéj soli aż płyn wypompowany przestał się barwić brunatno, wtedy nie wyjmując sondy żołądkowéj, wlano przez nią mięszaninę oliwy z środkiem podniecającym, któréj część chora wymiotowała. Tętno stawało się słabszém, uderzało 128 razy na minutę, równocześnie wstrzyknięto pod skórę strzykawkę eteru i polecono zażywać mięszankę z trzydziestu gramów azotu bizmutowego w mleku co dwie godziny. W nocy wymiotowała chora jeszcze kilka razy i oddała kilka stolców brunatnych nie zawierających krwi, kurcze żołądka i odnóg dolnych nie ustępowały a nad ranem dołączył się znaczny ból głowy w okolicy czołowéj. Stan bezgorączkowy, tętno regularne 100 uderzeń na minutę, oddechanie prawidłowe, skóra sucha i zimna. Przytomność nie zakłócona, źrenice oddziaływają na światło prawidłowo. Na brzuch zastósowano okłady ciepłe, i podawano mleko od czasu do czasu. W ciągu dnia chora doznała polepszenia o tyle, że wymioty nie pojawiały się, a kilka było stolców ze znaczném parciem. Ilość moczu zmniejszona, lecz dokładnie oznaczyć jéj nie można, gdyż oddany został wraz ze stolcem, barwa prawidłowa. Dnia 15go grudnia stan ogólny choréj znacznie lepszy. Bóle w okolicy żołądka nie pojawiają się ani też kurcze w odnogach, również ustały wymioty a chora popija mleko chętnie. Ból głowy trwa ciągle jeszcze, a stolce wodniste, brunatne nie zawierają krwi. Około południa dnia tego doznaje chora morzyska i parcia na mocz z bólem w cewce moczowéj; mocz oddany w tym czasie jest czarny jak atrament, mętny, nie przepuszcza wcale światła, c. g. 1·014, oddziaływa kwaśno i zawiera znaczną ilość białka. Badanie osadu mikroskopowe nie wykazuje w nim ciałek czerwonych tylko bryłki bezpostaciowe brunatne. Mocz ten badany spektralnie daje charakterystyczne widmo gałczenia tlennego. Tak więc do obrazu chorobowego dołączyła się hemoglobinuryja, a choréj podawano małe dawki opium, aby złagodzić bóle. Dnia 16 grudnia spostrzeżono zrana lekką żółtaczkę, chora spała całą noc spokojnie, a przebudziwszy się oddała mocz zupełnie taki sam jak dnia poprzedniego, przypady ze strony przewodu pokarmowego ustępują, przy tém brak gorączki, tętno małe 120. Przytomność zawsze utrzymuje się mimo chęci do snu. Bólów doznaje jedynie śród oddawania moczu. Następną noc przespała chora nader niespokojnie, zrana czuje się znaczniéj osłabioną i wzbrania się przyjąć pokarmu, skarży się na dotkliwe bóle w lędźwiach, będąc przy tém senną. Brzuch nie jest wzdęty lecz za uciskiem wszędzie bolesny, język mocno obłożony, wymioty ani stolce nie pojawiają się, występuje gorączka a tętno małe 120. Żółtaczka wybitna; mocz taki sam jak z dni poprzednich. W dziedzinie zmysłowéj i umysłowéj nie spostrzega się zboczeń, jednak chora robi wrażenie osoby mocno schorzałéj. Pod wieczór osłabienie wzmaga się, występują objawy porażenia ogólnego, czucie jednak wszędzie utrzymane, gorączka wzmaga się, tętno 120, oddechy płytkie 34 w minucie. Podano lewatywę z środkiem podniecającym, ta jednak wkrótce odeszła wraz z masami napół stałemi czarniawemi. Od wieczora chora już nic nie połyka, źrenice zwężone nie oddziaływają na światło, mocz odchodzi bezwiednie. Leczenie polega na podawaniu lewatyw podniecających i odżywiających, pomimo tego występuje zapad, który postępuje i kończy się śmiercią zrana dnia 18 grudnia. Sekcyję wykonano w 24 godzin i napotkano stężenie trupie bardzo wybitne, żółtaczkę rozległą lecz brak wybroczyn pod błonami śluzowemi. Opony mózgowe również żółtawo zabarwione, pod oponą miękką znaczniejsza ilość cieczy surowiczéj, przekrwienia opon ani mózgu się nie spostrzega, w komórkach bocznych ilość cieczy surowiczéj nie jest zwiększoną. Zabarwienie żółte tkanin uderza po otwarciu klatki piersiowéj i jamy brzusznéj. W całém ciele nie ma kropli krwi płynnéj, wszędzie w naczyniach tylko skrzepy zbite ciemno-czerwone z odcieniem barwy czekoladowéj. Serce rozmiarów prawidłowych, komórki zawierają skrzepy bardzo ciemno zabarwione, zastawki bez zmian, mięsień sercowy przedstawia pod mikroskopem obraz zwyrodnienia tłuszczowego. Płuca poprzyczepiane, zabarwione brunatno-żółtawo zalewają się cieczą surowiczą żółtą. W żołądku nieco treści pokarmowéj płynnéj białawéj, błona śluzowa miernie nastrzykana nie przedstawia nigdzie wybroczyn ani owrzodzeń, które znaleziono w dolnéj części gardziela tuż po nad wpustem, powyżéj zaś błony wrzekome zielonkowate. Dwunastnica próżna, błona śluzowa obficie żółcią zabarwiona, przewody żółciowe drożne, dalsze części przewodu pokarmowego nie przedstawiają wcale zmian zapalnych, lecz zawierają kał na pół płynny zielonkowaty, takie same lecz zbitsze masy kałowe zielone znajdują się w jelicie biodrowém, lecz nie dają oddziaływania właściwego z amonijakiem. W tém też miejscu znajduje się podłużne owrzodzenie w błonie śluzowéj, pokryte strupami, drobniejsze owrzodzenia tego samego wejrzenia są tu i owdzie rozrzucone bez względu na kępki Peyera. Jelito grube zawiera zbite masy kałowe ciemne, po usunięciu których widać liczne i rozległe utraty istoty błony śluzowéj. Wątroba prawidłowych rozmiarów przedstawia obraz zmiany tłuszczowéj miernego stopnia, badanie mikroskopowe wykazało w komórkach wątrobowych tłuszcz w dużych kroplach. Pęcherzyk żółciowy wypełniony gęstą, ciemną żółcią, zawiera mały kamyk żółciowy. Badanie chemiczne wykazało miedź w żółci. Nerki nieco powiększone, torebka przylega, powierzchnia jakby nakropiona plamkami brunatno-czerwonemi i zielonkowatemi ma wejrzenie umiarkowane. Na przekroju miąższ brunatno czerwony, kora nieco odmiennie zabarwiona od piramid. Istota korowa ma wejrzenie jednostajne. Błona śluzowa miedniczek nieco zielonawa, pokryta małą ilością śluzu, gdzieniegdzie widać w niéj drobne owrzodzenia. Badanie drobnowidowe wykazało, że cewki nerkowe są wypełnione masą ziarnistą, czerwoną podobną do téj, jaką znaleziono w osadzie moczu. Komórki przybłonka cewek wejrzenia jednostajnego. Kłębki Malpighiego uciśnięte, pomiędzy kłębkami a ich torebką istnieje wolna przestrzeń. Moczowody prawidłowe. Pęcherz moczowy zawiera nieco moczu czarnego, jego błona śluzowa jednostajnie czerwona. W macicy dwa włókniaki śródścienne. (Dok. n.)

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 15 czerwca. Przed samém zamknięciem Numeru dowiadujemy się z *„Gazety Krakowskiéj,“* „że Zjazd lekarzy i przyrodników polskich, który miał się odbyć we Wrześniu rb. w Poznaniu, odłożony został na dzień 2 czerwca 1884 r., a to w skutek życzenia lekarzy i przyrodników polskich z Warszawy i Krakowa, tudzież instytucyj lekarskich polskich, żądających odroczenia tego terminu z powodu jubileuszu Sobieskiego i innych tegorocznych w tym czasie przypadających uroczystości.“ Podając tę wiadomość, którą uważamy za wiarogodną, musimy jednak wyrazić zadziwienie, że sami do téj chwili nie otrzymaliśmy odnośnego zawiadomienia od Wydziału gospodarczego.

* **Kraków** d. 14 czerwca. Na posiedzeniu w dniu 8 bm. odbytém Wydział lekarski uchwalił przedstawić Ministerstwu do zatwierdzenia nominacyję Dra Feliksa Marcisiewicza na asystenta kliniki okulistycznéj na lat 2.

* W Lubaczowicach do d. 4 czerwca było gości kąpielowych 159, w Cieplicach czeskich do d. 6 czerwca 2187, w Giesshüblu do d. 2 bm. było gości 20.

* **Wiedeń**. Rektorem na rok przyszły ma być wybrany prof. Stellwag a dziekanem Wydziału lek. prof. Ludwig.

* **Berlin**. Z 40 medali złotych ofiarowanych przez Cesarzową Augustę dla Wystawy higijenicznéj kilka zaledwie przyznano Austro-Węgrom, a mianowicie otrzymali je: wiedeńskie ochotnicze towarzystwo pomocy, zakon niemiecki, stowarzyszenie krzyża czerwonego w Węgrzech i prof. Fodor w Budapeszcie. Dwa medale jeszcze są do rozdania, a z nich jeden otrzyma podobno sama Cesarzowa Augusta.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga.** Dr. Spina, asystent prof. Strickera w Wiedniu, mianowany został zwyczajnym profesorem patologii ogólnéj i doświadczalnéj w Uniw. czeskim.

* **Nekrologija.** W Nancy umarł prof. chirurgii Michel (dawniéj w Strasburgu); w Anglii Dr. Druitt, autor podręcznika chirurgicznego; w Ameryce północnéj b. jeneralny lekarz wojskowy Barnes.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lek.* Nr. 23: Mikulicza: Przyczynki do plastycznéj chirurgii nosa; Rejchmana: Niestrawność nerwowa (dok.). — W *Medycynie* Nr. 23: Stolla: Sześć amputacyj z wyłyżeczkowaniem szpiku kostnego (dok.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. L. WALDHART: Wegweiser zum Mineralbade Roncegno. Insbruck 1880 in 8vo str. 90, z 3 tabl.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę dnia 20 czerwca o godzinie **szóstéj** wieczór w sali Akademii Umiejętności zwyczajne posiedzenie, na którém, obok przedmiotów niezałatwionych na ostatniém posiedzeniu, kol. Pieniążek mówić będzie: O rzadkiéj operacyi krtani przez siebie wykonanéj.

Redaktor odpowiedzialny: **Prot. Dr. L. Blumenstok.**

Dr. J. DANIELSKI

b. lekarz prakt. szpitala krakowskiego
ordynuje od d. 3 Czerwca do końca sezonu kąpielowego

W ŻEGIESTOWIE.

Niniejszém ogłaszamy konkurs w celu obsadzenia posady lekarza kolejowego w Nowym Sączu. O bliższych warunkach z obsadzeniem téj posady połączonych dowiedzieć się można w zarządzie ruchu kolei Tarnowsko-Leluchowskiéj w Tarnowie i u naczelnika stacyi w N. Sączu. Płaca roczna wynosi 450 zlr. Termin objęcia téj posady przypada na dzień 1 października 1883. Jest atoli możebném, że i przed tym terminem zajdzie potrzeba obsadzenia téj posady, dla tego téż współubiegający się, którzy każdéj chwili posadę objąć będą gotowi, pierwszeństwo mieć mogą. Dotyczące podania należy wnosić niestęplowane do Zarządu ruchu kolei Tarnowsko-Leluchowskiéj w Tarnowie, najdaléj do końca Czerwca 1883.

Tarnów 1 Maja 1883.

Zarząd ruchu.

Dr. DWORSKI

ordynuje jak zwykle od 1 Czerwca

W SZCZAWNICY.

Dr. Adam Świrski

lekarz Zakładu zdrojowo-kąpielowego

w Iwoniczu

ordynuje w czasie sezonu jak w latach poprzednich.
Mieszkanie „STARY PAŁAC.“

TRUSKAWIEC

Otwarcie sezonu d 1 czerwca 1883.

Zakład ten położony o 8 kilometrów od najbliższéj stacyi kolei dniestrzańskiéj „Drohobycz-Truskawiec.“

Posiada 15% **solankę** i silne **siarczane wody** do kąpiel; słonogorzkie rozwalniające i moczopędne zdroje do picia, borowinę żelazistą i szlam słono-siarkowy do kąpiel; aptekę, urząd pocztowy i telegraficzny.

Nowo zbudowane łazienki o 60 gabinetach, urządzone są z wszelką wytwornością, jak również nowo urządzona **wziewalnia** pary słonéj i wyciągu igliwija; leczenie elektryczne.

Nowe i wygodnie urządzone pomieszkania z usługą, kilka restauracyj i cukiernia, **nowy bilard, fortepian i kręgielnia**, dobra kapela i wiele nowo urządzonych ulepszeń.

Lekarz zdrojowy Dr. **Zygmunt Rieger**, radca zdrowia.

Zamówienia na pomieszkania i powozy do stacyi kolejowéj **„Drohobycz“** lub **„Drohobycz-Truskawiec“** przyjmuje przy dołączeniu zadatku

Zarząd zdrojowy.

Chorzy posiadający świadectwo ubóstwa, potwierdzone przez c. k. Starostwo, korzystać będą mogli z uwolnienia od opłaty taksy i tańszych kąpieli, tylko w porze od 1 do końca czerwca i od 15 sierpnia do 15 września.

Dr. Med. Czesław Stiche

ordynuje w **KARLSBADZIE** przez cały sezon kuracyjny
Kreuzgasse. Insel Rügen.

Dr. ADAMA MAJEWSKIEGO

ZAKŁAD WODOLECZNICZY we LWOWIE (w Kselce)

przyjmuje chorych na mieszkanie z zupełném zaopatrzeniem jakotéż tylko dochodzących dla leczenia się, które się odbywa rano od 6 do 8méj i popołudniu od 4 do 6téj godziny pod nadzorem lekarza Zakładu.

Dr. Stanisław Bulikowski

ordynuje przez sezon letni

w GLEICHENBERGU.

Mieszka w *Carolinen Hof* za budynkiem teatralnym.

ZDRÓJ LUDWIKA w CZIGELCE.

Szczawa alkaliczno-solna, jod zawierająca.

Zajmująca najpierwsze miejsce co do ***największéj*** ilości węglanu sodowego pośród wszystkich dotąd znanych zdrojów mineralnych ***całego świata*** wyszczególniająca się wielką ilością żelaza i nader obfita w kwas węglowy. Wodzie téj co do przymiotów ***nie dorównywa żadna z alkaliczno-solnych szczaw*** a woda ta ze ***wszystkich wód mineralnych jod zawierających jest najprzyjemniejszą do picia i najłatwiéj bywa znoszoną.***

Szczególnie skuteczną okazała się dotychczas w ***cierpieniach żołądka, kiszek, pęcherza, płuc, w gruźlicy, w przewłocznym wrzodzie żołądka, w wolu*** i we wszystkich postaciach ***zołzów***, jak również w następstwach ***kiły.***

Napełnianie i rozsełka odbywa się przez Zarząd zdrojowy zdroju **Czigelka** (poczta Bardyjów) w Górnych Węgrzech. Broszury o zdroju gratis.

Skład rozsyłkowy u A. Muszyńskiego w Grybowie.

MATTONIEGO

GIESSHÜBLER

najobficiej
alkaliczna woda mineralna

SZCZAWIOWA

napój orzeźwiający stołowy,

skuteczny bardzo na kaszel w chorobach szyi katarach żołądka i pęcherza.

PASTYLKI **pektoralne i do trawienia.**

Henryk Mattoni, Karlsbad (Czechy).

Aby **Etykieta i wycisk korkowy** były jak obocznie wskazano ☛ **należy uwagę zwracać.**

MATTONI'S GIESSHÜBLER

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków. 23 czerwca 1883. **№ 25.** Rok XXII.

I. Kilka słów o zejściu zapalenia płuc włóknikowego (pneumonia crouposa) w zapalenie międzymiąższowe (pneumonia interstitialis).

Podał Dr. Wł. Antoni Gluziński

Asystent téjże kliniki.

(Według wykładu mianego na posiedzeniu Tow. lek. krak. d. 16 maja 1883).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 23).

Dalszy przebieg potwierdził rozpoznanie. W dniu 19tym choroby (licząc początek według podania żony) nastąpiło powolne przełamanie się stanu gorączkowego, który dotychczas wahał się między 39°C.—39·8°C.; chory czuł się swobodniejszy, ilość plwocin zwiększyła się, po stronie prawéj tak z przodu jak i z tyłu odgłos nieco wyjawniał i pojawia się dość obfita ilość rzężeń nierównobańkowych. Trzy dni trwał ten zwrot ku lepszemu, w 22gim dniu choroby występuje znów dreszcz i podniesienie się ciepłoty do 38·4°C. rano, 38·7°C. wieczorem, stan fizyczny płuc się nie zmienia, rozdzielanie się nacieku, szczególniéj w dolnych częściach, idzie swoim trybem. Gorączka ta z typem daléj silnie remitującym, bo często spadająca rano do 38°C., wieczorem podnosząca się do 41°C. utrzymuje się do śmierci. Podniesienie się ciepłoty nieraz poprzedzał silny dreszcz. W 24 dniu choroby pojawiła się dość znaczna ilość białka w moczu, który był barwy krwistéj, oddany w skąpéj ilości, osad zaś pod mikroskopem badany wykazywał liczne ciałka krwi, ciałka wypocinowe, wałeczki szkliste i złożone z ciałek czerwonych. Nadto dostrzeżono, że rozmiar poprzeczny serca, który wśród trwania pierwszéj zmiany powiększony, po przełamaniu się gorączki powrócił do prawidłowych granic, znów się powiększył, tony tępe, głuche ale czyste. Resolucyja w płucu postępowała o tyle, że rzężenia stawały się coraz mniéj liczne, odgłos w dolnych częściach jawniał, jednak na całéj pierwotnie zajętéj przestrzeni pozostało jeszcze wyraźne stłumienie z natężeniem rosnącém ku górze. Chory coraz bardziéj opadał na siłach; w dniu 29tym choroby wieczorem stracił przytomność i wśród objawów obrzęku płuc życie zakończył.

Sprawą, która wywołała ten zwrot ku gorszemu, i stała się powodem śmierci chorego, było powikłanie ze strony serca, a mianowicie, jak sekcyja wykazała, wrzodziejące zapalenie śródsierdzia na zastawce dwudzielnéj *(Endocarditis ulcerosa valvulae bicuspidalis)*, z przerzutami w nerkach i w oponach mózgowych.

Odpowiednio do poruszonego przedmiotu nas obchodzić będzie przeważnie stan płuca, jaki znaleźliśmy na stole sekcyjnym, płuca, w którém za życia stwierdziliśmy typowe zapalenie włóknikowe z przebiegiem przewlekłym, gdzie mimo ustępowania rzężeń pozostało jednak stłumienie słabsze wprawdzie niż z początku, które rozciągało się prawie na całą pierwotnie zajętą przestrzeń.

Wejrzenie tego płuca według protokołu sekcyjnego był następujący: Płuco prawe prawie na całéj swéj powierzchni i to najwięcéj w częściach górnych i tylnych zrośnięte ściśle z ścianą kl. piersiowéj jednostajnym pokładem błoniastym, włóknistym tak, że w tych częściach płuco tylko wraz z opłucną żebrową wyjąć się daje, a obie blaszki opłucnowe z sobą zrośnięte tworzą na powierzchni płuca pokład włóknisty, jednostajny, 3—4mm. gruby. Daleko mniéj zgrubiałe i oddzielić się od siebie dające są opłucne w częściach dolnych zwłaszcza na dolnéj powierzchni tego płuca. Drugie płuco zupełnie wolne, opłucna gładka i połyskująca. Po wyjęciu płuco prawe przedstawia objętość dość znaczną. Na zgrubiałéj opłucnéj widać w częściach bocznych lekkie odciski żebrowe. Płuco przy dotykaniu na całym obszarze swéj górnéj części przedstawia niezwykłą zbitość i twardość, która stopniowo idąc ku dołowi zmniejsza się tak, że najniższa i przednia część płatu dolnego w dotyku przedstawia prawidłową sprężystość, a nawet w wąskim skrawku przybrzeżnym przednim dolnym jest nadmiernie powietrzem rozdętą. Pojedyncze płaty tego płuca są dość ściśle między

sobą zrośnięte pokładami błoniastemi tkanki łącznéj. Płuco to przy zwykłym przekroju podłużnym przedstawia niezwyczajną twardość, powierzchnię przekroju gładką, w częściach tylnych i dolnych szaro-czerwoną. Z powierzchni przekroju płatu górnego i średniego, które prawie zupełnie są bezpowietrzne, za uciskiem wydobyć można mało cieczy lekko krwawo zabarwionéj, niepienistéj, więcéj nieco cieczy krwawéj wydobyć można z górnych części płatu dolnego, a ciecz ta w tém miejscu zawiera nieco więcéj drobnych baniek powietrza; wreszcie z dolnych części tego płatu wydobywa się dość obfita ciecz krwawa, drobno-pienista. Górne części tego płuca obok swego dość jednostajnego wejrzenia są znacznie zbite i twarde, nawet przy silnym ucisku palców wcale rozkruszyć się nie dadzą. Grubsze i cieńsze pnie oskrzeli nie są rozszerzone i zawierają tylko małą ilość cieczy śluzowéj lepkiéj.

Badanie drobnowidowe stwierdziło wszędzie znaczne zgrubienie ścian pęcherzyków płucnych przez bujanie organizujących się, wrzecionowatych wybujałości tkanki łącznéj, tak że bardzo wiele pęcherzyków płucnych tkaniną tą w całości wypełnionych zostało; nie mniéj stwierdzono zgrubienie przegród międzyzrazikowych a gdzieniegdzie i tkanki okołooskrzelowéj, a nadto w częściach płuc więcéj ku dołowi położonych ślad wypociny drobnokomórkowéj do wnętrza pęcherzyków złożonéj.

Płuco lewe w częściach przednich przybrzeżnych nadmiernie powietrzem rozdęte zawiera wszędzie powietrze i nigdzie nie przedstawia takiego zagęszczenia miąższu płucnego jak płuco prawe.

Obraz więc anatomiczny płuca prawego odpowiadał międzymiąższowemu zapaleniu płuc (*pneumonia interstitialis*); ani gołém okiem, ani drobnowidem nie znaleziono zmian przemawiających za zapaleniem włóknikowém. A jednak sądząc z wyników badania za życia dokonywanego i z całego przebiegu choroby musimy powiedzieć stanowczo, że chory przybył do kliniki z zapaleniem płuc włóknikowém, że pod naszemi oczami takowe przebywał, że zapalenie to w dniu 19tym choroby przeszło w resolucyję, która postępowała naprzód, szczególniéj w dalszych częściach, gdzie odgłos wypukowy wyraźnie wyjaśniał. Nie znajdując na stole sekcyjnym odpowiednich charakterystycznych zmian możemy tylko przypuszczać dwojaką możebność, t. j. że u naszego chorego zapalenie płuc włóknikowe pociągnęło za sobą zapalenie międzymiąższowe, jakie zastaliśmy na stole sekcyjnym, albo też, że zapalenie włóknikowe, które chory przebywał, rozwinęło się w płucu już poprzednio zmienioném; i tu jeszcze mogą być dwie ewentualności: *a)* że zapalenie to ustąpiło zupełnie, tak że tylko zmianę dawniejszą zastaliśmy na stole sekcyjnym, *b)* że wypocina świeża wprawdzie ustąpiła, że jednak świeża sprawa zapalna podnieciła toczącą się już poprzednio sprawę śródmiąższową tak, że obok zmian dawniejszych i świeże znajdujemy.

Ażeby módz rozstrzygnąć, która z tych możebności najbardziéj istocie rzeczy odpowiada, musimy rozpatrzyć się przedewszystkiém w bieżącéj literaturze, ażali godzi się przypuszczać zasadniczo, że zapalenie płuc włóknikowe może pociągnąć za sobą zapalenie międzymiąższowe.

Klinicyści: Laënnec, Andral a z autorów angielskich Stokes wspominają o możebności przejścia ostrego zapalenia płuc w zapalenie międzymiąższowe, ostatni uważa nawet to zejście jako dość częste; z niemieckich klinicystów Niemeyer nie wypowiada stanowczego zdania, przypuszcza jednak, że wypocina włóknikowa w przypadkach z powolném rozdzielaniem przez ciągłe drażnienie może pociągnąć za sobą zapalenie w tkance międzymiąższowéj. Jürgensen wyraża się z większą pewnością, gdy mówi: *nach croupöser Pneumonie ist die interstitielle nicht eben häufig, dass sie sich aber entwickeln kann, wird ein Arzt von längerer Erfahrung nicht bezweifeln*". Leyden czyni wzmiankę, że za mało ze stanowiska klinicznego zwracano uwagi na zejście zapalenia płuc włóknikowego w formę chroniczną i stanowczo za takową obstaje. Eichorst między przyczynami wywołującemi zapalenie płuc międzymiąższowe wymienia i zapalenie włóknikowe. Stanowczo i najjaśniéj z klinicystów wyraża się Charcot. Ponieważ praca Charcota stanowi przejście do rozpraw anatomopatologicznych, nadto ponieważ będzie nam potrzebną w dalszém rozbieraniu przedmiotu, przeto pozostawiając ją na późniéj podamy poprzednio zdania anatomopatologów.

Że zapalenie płuc włóknikowe może wywołać sprawę międzymiąższową wyznają między innymi: Rokitansky, Lebert, Virchow, Orth, Foerster, Cornil i Ranvier, Birch-Hirschfeld w swoich ogólnych dziełach anatomii patologicznéj; jak niemniéj Heschl, Woronichin, Ackermann i Thierfelder, Eppinger, Charcot, Marchand w rozprawach odnoszących się specyjalnie do poruszonéj kwestyi. Na czele autorów, którzy przeczą stanowczo téj możebności, stoi Buhl, wypowiadając poważne zdanie: że zapalenie płuc włóknikowe jest i pozostaje zapaleniem powierzchowném, a wszelkie następstwa głębsze zapalenia płuc włóknikowego przypisuje swojemu łuszczącemu się zapaleniu *(Desquammativpneumonie)*. Widzimy więc, że najpoważniejsza liczba autorów, najdzielniejsi przedstawiciele anatomii patologicznéj są zdania, że zapalenie płuc międzymiąższowe powstać może z zapalenia włóknikowego. Zdanie to więc w nauce przeważa, panuje tylko niezgodność zapatrywań ze stanowiska anatomopatologicznego co do sposobu powstawania sprawy międzymiąższowéj, t. j. które tkaniny lub części składowe tychże biorą udział w rozwoju sprawy w tkance łącznéj. Rzecz ta ostatnia będąca w ścisłym związku z całą nauką o przewlekłém zapaleniu, związana z losami ciałek białych krwi opuszczających naczynia, z losami, jakie przechodziła nauka o tworzeniu się tkanki łącznéj, miała równe z niemi koleje i ciągłéj dotąd ulega zmianie zapatrywań. W téj chwili tak dalece ona nas nie obchodzi, sprawę bowiem przedstawiamy tylko ze stanowiska klinicznego; wystarcza nam fakt, że anatomija patologiczna między następstwami zapalenia płuc włóknikowego wymienia i zapalenie międzymiąższowe.

Mając tę podstawę nie wahamy się w dwóch pierwszych przypadkach przypuścić ścisły związek przyczynowy między zapaleniem włóknikowém a sprawą międzymiąższową. Charakterystycznym jest szczególnie przypadek drugi, gdzie trzykrotnie zapalenie płuc włóknikowe miało miejsce po téj samej stronie, gdzie lekkie zapadnięcie klatki piersiowéj po stronie prawéj u chorego z doskonale zresztą zbudowaną klatką piersiową, stwierdzone zaraz po przyjęciu do zakładu, mogło wskazywać, że prawdopodobnie już po dwóch poprzednich zapaleniach pozostała zmiana pociągająca za sobą zmniejszenie objętości płuca, a gdzie powiększenie tego zapadnięcia, rozwijające się wśród obserwacyi, wskazywało, że ostatnie zapalenie posunęło naprzód zmianę da-

wniejszą. Że ta zmiana była śródmiąższową, świadczy o tém cały obraz kliniczny, wejrzenie chorego i ujemny wynik poszukiwania w plwocinach prątków gruźliczych. (Dok. n.)

II. Z Zakładu sądowolekarskiego prof. Blumenstoka w Krakowie.

Kazuistyka sądowo- i policyjnolekarska.

IV.

Śmierć z zaczadzenia.

Podał Dr. J. Schaitter,
demonstrator przy tymże zakładzie i lekarz sądowy.

(Dokończenie. Patrz Nr. 24).

Mamy przed sobą obraz przypadku otrucia tlenkiem węgla tak charakterystyczny, że nie brak w nim ani jednéj zmiany uznanéj powszechnie za cechującą ten rodzaj śmierci. Niewątpliwie odnieść można do niego słowa Seidla, że krew jest niejako nasyconą tym gazem a śmierć nastaje z bezpośrednich następstw otrucia. Każda kropla krwi czyto z płuc czy z serca, zkąd należy ją brać do badania, czy też ze żył na odnogach, jak tego jeszcze przed sekcyją doświadczyliśmy, dawała nader charakterystyczne reakcyje, a uderzająca jéj barwa zwracała uwagę kilkakrotnie wśród sekcyi.

Już poprzednio wspomnieliśmy o nadzwyczaj charakterystycznem wejrzeniu zwłok, teraz dodamy jeszcze, że nigdzie nie spostrzegliśmy na nich plam czerwonych, których powstanie nie dałoby się wytłumaczyć w ten sam sposób, jak się tłumaczy powstanie każdéj plamy trupiéj; miejsca pokryte plamami były zawsze niżéj położonemi względnie do części otaczających (Engel), a plamy, które się znajdowały w okolicach nadobojczykowych i na twarzy po stronie lewéj nie stanowią wcale wyjątku, skoro się uwzględni, że w położeniu zwłok na grzbiecie bez podparcia głowy, zwróconéj ku stronie lewéj, te właśnie miejsca są względnie niższemi. Na tę okoliczność zwracamy uwagę nie dla tego, aby wykazać mylność twierdzenia autorów o tworzeniu się plam czerwonych, których nie można uważać za trupie; wszakże plamy takie miano jeszcze za życia obserwować (Orfila, van Hasselt, *Die Lehre vom Tode*, str. 27, Leudet, Friedberg, Feigel: Otrucie gazem tlenku węgla, Lwów, 1878). Opierając się na tłumaczeniu Klebsa, Feigel przypuszcza, że plamy te nie są zwykłemi pośmiertnemi, lecz polegają na zmianach za życia powstałych, a Seidel zgadza się z nim w téj mierze, jakkolwiek sam nie ma doświadczenia, i pomimo, że sądzi, że Klebs posuwa się za daleko w swoich wywodach (Maschka, *Handb. d. ger. Med.* 1882, t. II, str. 352). Kwestyja ta zresztą ma już swoją historyję (obacz Przegląd Lek., 1878, Blumenstok: Ocena pracy L. Feigla); dodać wszakże winniśmy, że nietylko w powyższym przypadku nader wybitnym, w którym żadnéj innéj cechy nie brakło, nie spostrzegliśmy żadnych plam, którychby nie można uważać za proste pośmiertne; ale i na ciele Anny B., która szczęśliwie wyszła z katastrofy, również w klinice nie spostrzeżono plam czerwonych; następnie, że dotąd pomimo zwracania na tę okoliczność bacznéj uwagi, nigdy w żadnym rodzaju śmierci nie spostrzegaliśmy plam, któreby urągały prawu ciężkości, i że w téj mierze pozostajemy w zgodzie z innymi lekarzami, albowiem i prof. Hofmann do dziś dnia podobnych plam nigdy nie spostrzegał i dla-tego wszystkie plamy znalezione u zaczadzonych stanowczo uznaje jako ocieklinowe.

Na szczegółowe uwzględnienie uwzględnienie zasługuje badanie krwi chemiczne i widmowe. W przypadkach śmierci z zaczadzenia nie zawsze bywa obraz przy sekcyi napotykany tak wybitny, jak w naszym przypadku. Barwa krwi może nawet nie zwrócić uwagi, jak tego dowodzi opis 3ch przypadków Turnera (*Edinburgh Med. Journal*, II, 1871), zawsze jednak rozstrzyga stanowczo badanie krwi chemiczne i widmowe. Trudno wymagać, aby lekarze sądowi byli zaopatrzeni w kosztowny spektroskop lub mieli dostateczną wprawę w użyciu tego przyrządu, ale tém silniéj nalegać wypada na przedsiębranie próby chemicznéj powyżéj opisanéj, która jest tak łatwą i pewną, że sama zdoła usunąć wszelką wątpliwość. Bez szczególniejszych przysposobień można ją wykonać w każdéj aptece, gdyż każda apteka powinna być zaopatrzoną w rozczyn wodnika sodowego o c. g. 1·33, przepisany lekospisem austryjackim, a taki właśnie rozczyn jest według Hoppe-Seylera najodpowiedniejszym do téj próby. Gdy nawet rezultat téj próby nie był przekonywającym, to w tym razie nie rozporządzając własnym przyrządem spektralnym można spokojnie przesłać w szczelnie zatkanéj i dokładnie wypełnionéj flaszeczce nieco krwi do zbadania nawet o mil kilkanaście [1]), gdyż doświadczeniem stwierdzono, że krew w tych warunkach nie pozbywa się tlenku węgla nawet po dłuższym czasie a w przypadku ogłoszonym przez Dra Serkowskiego (Przegląd Lek., 1874, Nr. 21), zdołał prof. Blumenstok po 50 dniach wykazać we krwi tlenek węgla. Szczegółowo zajmował się tą sprawą Jäderholma na podstawie doświadczeń w tym celu podjętych przyszedł do przekonania, że po dodaniu równéj ilości nasyconego rozczynu boraksu do krwi, można ją uchronić od gnicia, i poddać bez obawy badaniu widmowemu nawet po kilku miesiącach, gdyż dodanie téj soli nie wpływa wcale na zmianę własności widmowych gałczenia tlenko-węglowego. Naturalnie, że krew tak zaprawioną trzeba przez ten czas przechowywać w naczyniu dokładnie napełnioném i szczelnie zatkaném. Z doświadczenia zrobionego w tutejszym Zakładzie sądowolekarskim wiemy, że we krwi przechowywanéj w ten sposób można z pewnością wykazać tlenek węgla po upływie 10 tygodni.

Ważném jest spostrzeżenie, że w niektórych przypadkach nie można było wykazać we krwi tlenku węgla, jakkolwiek śmierć nastąpiła z pewnością z otrucia tym gazem. Są to te przypadki, w których, w skutek różnych okoliczności, jak np. wygaśnięcia węgli, lub dostania się na świeże powietrze krew osób zaczadzonych mogła się jeszcze pozbyć szkodliwego gazu, gdy sprawa oddechania odbywała się dostatecznie, gdy z drugiéj strony postąpiły zmiany następowe jak obrzęk lub zapalenie płuc tak daleko, że położyły kres życiu, a wynik śmiertelny był niejako w pośrednim związku z otruciem.

Z objawów częściéj napotykanych zasługują na wzmiankę wymioty. Ten przypad chorobowy, który staje się

---

[1]) W półroczu przeszłém mieliśmy sposobność badania krwi przesłanéj w tym celu do Zakładu naszego przez jednego z lekarzy sądowych w Czechach a korzystamy ze sposobności, aby oświadczyć, że chętnie i bezinteresownie podejmiemy dla kolegów tego rodzaju badanie w tutejszym Zakładzie, zaopatrzonym w dobre przyrządy, celem wyjaśnienia przypadków wątpliwych, gdyby nam przysłano krew odpowiednio przechowaną.

czasem przyczyną ocalenia osób wspólnie z innemi podlegających otruciu, gdy zbudzone opuściły chociaż na chwilę swoje mieszkanie (Zenker, *Deutsches Arch. f. klin. Med.* VIII, 1, str. 52—99, Przegląd Lek., 1871, Nr. 51). miał miejsce również u obojga dotkniętych w naszym przypadku. Jak się później dowiedzieliśmy, znaleziono obfite wymiociny obok zwłok B. S., a Anna B. wymiotowała nieprzytomna jeszcze w klinice. Zdaje się jednak, że działanie czadu było tutaj tak gwałtownem, że wymioty nie zdołały zbudzić nieszczęśliwych, Anna zaś wypytywana starannie twierdziła stanowczo, że wcale nie wie, co się z nią działo od chwili uśnięcia. Ocalenie jednéj z osób narażonych zwykliśmy przypisywać odleglejszemu położeniu jéj od źródła czadu; w tym przypadku nie mogliśmy stwierdzić, czy Anna rzeczywiście leżała bliżéj drzwi (bo okna tam nie było), lub może zwróconą była twarzą ku cienkiéj ścianie z desek z licznemi szparami, być może że w równych zresztą warunkach kobiety jako mniéj wrażliwe na zmiany w ilości krwi i łatwiéj opierające się tak znacznéj niedokrewności, jaka u mężczyzn zwykła śmierć sprowadzać, są może tém samém mniéj wrażliwemi na zmianę chemiczną takiéj części krwi, która u mężczyzn w ten sam sposób od sprawowania swego zadania usunięta, możeby snadniéj śmierć sprowadzić mogła. Jak mało wystarcza do sprowadzenia śmierci z zaczadzenia, świadczy również nasz przypadek; w braku zeznań Anny, gdy przyszła do przytomności, sprawa nie zostałaby może tak prędko rozjaśnioną, bo któż mógł przypuścić, że garnek z odrobiną popiołu w kącie izby stał się przyczyną nieszczęścia; ta okoliczność powinna posłużyć jako wskazówka przy oglądaniu mieszkań osób znalezionych nagle zmarłych, zwłaszcza, że pierwsi świadkowie, którzy tam weszli, przeczą stanowczo, jakoby mieli czuć jaką woń podejrzaną; o tyle zdradliwszém jest działanie czadu od działania gazu świetlnego, którego woń charakterystyczna nieraz jeszcze w ubraniu zmarłych uczuwać się daje. Z tego względu jest ten przypadek najbardziéj zbliżonym do przypadku ogłoszonego przez prof. Janikowskiego (Przegląd Lek., 1873, Nr. 4); i wtedy zdołano przywrócić do życia jednego z zagrożonych, gdy drugi życiem przypłacił; gdy zaś katastrofa odbyła się w studni zamkowéj, przypuszczono raczéj działanie jakiegokolwiek innego szkodliwego gazu a nie czadu. Dopiero skoro sekcyja i badanie krwi wykazały niewątpliwie przyczynę śmierci, rozjaśniły zagadkę dokładne pytania; robotnicy bowiem wpuścili w głąb studni kociołek z zapalonemi węglami drzewnemi a późniéj dopiero tamże zeszli mając coś naprawić i doznali strasznéj niespodzianki.

Już po napisaniu powyższych uwag doszedł nas zeszyt 2gi tomu VIIgo *Zeitschrift für physiol. Chemie* z roku 1883, w którym prof. Salkowski zamieszcza wiadomość o nowéj przez siebie odkrytéj próbie do odróżnienia krwi zaczadzonych od krwi zwyczajnéj. Jakkolwiek ten sposób badania nie jest wcale wygodniejszym od próby sodowéj, gdyż wymaga użycia ile możności świeżo sporządzonego rozczynu wodnego H_2S, podajemy go tutaj jako sposób pewny i niewymagający użycia kosztownego spektroskopu.

Próba S. polega na tém, że krew zaczadzonych zmięszana z pewną ilością wody nasyconéj gazem H_2S niezmienia barwy i jest zawsze czerwoną, podczas gdy krew zwyczajna przybiera w tych warunkach zabarwienie ciemno-zielonkowate z powodu utworzenia się połączenia methemoglonu ze siarką. Chcąc ją wykonać postępuje się w sposób następujący: Do zwyczajnéj rurki odczynnikowéj nalewa się $1/3$ część wody nasyconéj gazem H_2S i dodaje się 2 lub 3 krople krwi badanéj; kłócąc teraz tę mięszaninę widać natychmiast, że krew zwyczajna barwi się ciemno-zielono, podczas gdy krew zaczadzonych dodana w takiéj saméj ilości do tego odczynnika nie zmienia prawie swéj czerwonéj barwy. S. utrzymuje, że mięszaniny takie, zatopione w rurkach szklanych, nie zmieniają barwy całemi miesiącami a może i nigdy, można je przeto dołączać do aktów sądowych. Uważać jednak należy, aby krew zaczadzonego nie długo kłócić z pewną ilością powietrza zawartego w rurce, gdyż w tych warunkach może się ona pozbyć tlenku węgla. Sprawdziliśmy natychmiast podanie prof. S. na krwi zmięszanéj z gazem świetlnym, nie mając czystéj krwi zaczadzonego. Z własnego doświadczenia możemy dodać, że jeżeli tylko oddziaływanie to wystąpi tak wybitnie po użyciu krwi zmarłego z zaczadzenia jak występuje po użyciu gałczenia tlenko-węglowego sztucznie sporządzonego, stanowić będzie próba S. nowy cenny nabytek w dyjagnostyce sądowo-lekarskiéj. Dodać winniśmy, że oddziaływanie występuje o wiele wybitniéj po dodaniu 10 do 20 kropel krwi badanéj a nie, jak S. twierdzi, po dodaniu 2—3 kropel, chociaż i wtedy jest już dostatecznie wyraźném. Jak długo utrzymuje się ta charakterystyczna barwa, która uwydatnia się najlepiéj przy porównywaniu z mięszaniną krwi zwyczajnéj i kwasu siarkowodowego, tego jeszcze nie wiemy; nie omieszkaliśmy jednak przechować obie badane próby w rurkach zatopionych, aby się o tém przekonać.

III. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od r. 1879 do 1882.

Podał Dr. Emanuel Rosenblatt.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 24).

3. Aleksander Wygonkowski, chłopiec 11 letni, syn szewca z Krowodrzy, przybył do szpitala dnia 6 czerwca 1881 narzekając na ból gardła i miał zamiar przedstawić się tylko ambulatoryjnie. Wejrzenie jednak chorego, głowa ku tyłowi podana, broda ku górze wysunięta, zmarszczki na czole, brwi podniesione, usta wykrzywione skutkiem pociągnięcia kątów ku dołowi a wreszcie patognomoniczne naprężenie mięśni żuchwowych i mięśni idących od szczęki dolnéj do kości gnykowéj przy otwarciu gęby celem inspekcyi gardła, dawało wskazówki, z jakąto chorobą mamy do czynienia, a powiadomieni o tém rodzice dali się nakłonić do pozostawienia chłopca w szpitalu. Z wywiadów dowiedzieliśmy się następnie, iż chłopiec cieszący się zdrowiem najlepszém poczuł po raz pierwszy dnia 4 czerwca, t. j. przed dwoma dniami pewne, nieokreślone bliżéj ciągnienie w żuchwach, niedozwalające mu ani ziewać należycie, ani wziąć do gęby spory kęs chleba, nadto poczuł pewną trudność w połykaniu połączoną z kłuciem i dla tego radzono się lekarza, który polecił płukanie gardła i postawienie pijawek na szyi, co też wykonano. Dopiero skoro to ulgi nie sprawiło udano się z chłopakiem, który całą tę drogę pieszo odbył, na poradę do szpitala. Dowiedzieliśmy się daléj, iż chłopiec kąpał się tydzień właśnie przed wystąpieniem pierwszych przypadków w Rudawie i to dość długo i że zaraz po kąpieli uczuł słabe dreszczyki, które jednak zaraz ustąpiły, a wreszcie iż w dzień przed wystąpieniem stężenia mięśni żuchwowych, pracował wiele terminując u ojca i zgrzał się

mocno siedząc równocześnie na przeciągu. Badanie wykazało co następuje: Chłopiec bardzo dobrze zbudowany, obwód czaszki jednak w stosunku do wieku nieco mniejszy niż normalnie (49½cm.), odżywienie dobre, gruczoły karkowe nieco macalne, drobne. Cera nieco zimnicza, ziemista; na szyi w okolicy *juguli sterni* widać ślady 3ch pijawek. Wszystkie trzewa prawidłowe. Mięśnie stosu pacierzowego wyprostne w stałém znachodzą się stężeniu, są twarde i za uciskiem bolesne, mięśnie klatki piersiowéj i brzucha również napięte lecz w mniejszym stopniu. Mięśnie odnóg tak górnych jak dolnych zupełnie wolne, chwilami tylko występuje napadowo wśród krzyku chorego skurcz mięśni zginaczy odnóg bardzo bolesny, utrzymujący się przez kilka minut; późniéj skurcz powoli ustaje a chory czuje się swobodnym. Napady te są rzadkie a uciskiem na pień naczyniowo-nerwowy w pasze (symptom Trousseaua odkryty w tetanii) wywołać ich nie można. Otwieranie szczęk łatwo jeszcze następuje ale tylko na przestrzeń 2ch cm. Połykanie zupełnie wolne tak pokarmów stałych jak i płynnych, bardzo częste i obfite ślinienie, chory jednak śliny wyrzucać nie potrafi i spływa ona po twarzy. Przytomność zupełna, inteligencyja dobrze rozwinięta, czucie i odruchy prawidłowe, niepodwyższone, liczba tętna 88, pełne, twarde, liczba oddechów 24, ciepłota 37·8°C. Chory dostał kąpiel ciepłą a wieczorem 1 gram chloralu. 7 czerwca ciepłota ranna 37·5°C., napady coraz częściéj występują, tężec mięśni grzbietowych znaczniejszy zresztą stan ten sam, c. w. 38·3°C. Oddawanie stolca prawidłowe. Mocz rozebrany w pracowni prof. Stopczańskiego wykazuje barwę wino-żółtą, oddziaływanie kwaśne, c i ę ż a r g a t u n k o w y 1·040, osad w ilości zwiększonéj. Barwiki: u r o c h r o m w i l o ś c i z a l e d w i e p r a w i d ł o w é j, u r o k s a n t y n w z w i ę k s z o n é j, mocznik i kwas moczowy w silnie zwiększonéj, chlorki w zmniejszonéj, fosforany i siarkany w zwiększonéj; f o s f o r a n w a p n i o w y z a s a d o w y w z n a c z n é j i l o ś c i. W osadzie kryształy szczawianu wapniowego i fosforan wapniowy zasadowy, zwiększona ilość śluzu. 8/6 c. r. 37·8, c. w. 38·8°C. Chory za szybkiém zbliżeniem się do łóżka jego, lub za nagłém dotknięciem dostaje silnego skurczu wszystkich prawie mięśni, wypręża się i krzyczy przeraźliwie. Silne poty. Mimo chloralu w nocy nic spać nie mógł, napady i w nocy go nie opuszczały. 9/6 c. r. 37·9°C, c w. 38·3°C. Usta coraz mniéj otwiera, połyka jednak płyny wcale dobrze, pokarmów zaś stałych jeść nie potrafi, ślinienie się utrzymuje tak samo jak i poty. Przytomność zupełna tak w chwilach wolnych jak i podczas napadów trwających już do pół godziny. Chloral zażywa w dawkach po 2 grm. dziennie. 10/6 c. r. 37·7, c. w. 38·0°C. Po chloralu spał nieco, lecz napady wnet sen przerywały; chory żali się, iż mu flegma w gardle zalega a nie może jéj wyrzucić. Mowa zupełnie wyraźna. Ponieważ napady w ciągu dnia często się powtarzały, okładano przez 6 godzin ustawicznie stos pacierzowy kompresami gorącemi, co niejaką ulgę choremu sprawiało. 11/6 c. r. 37·9, c. w. 38·4°C., zresztą stan ten sam, chory skutkiem prawie ciągłéj bezsenności osłabiony więcéj. 12/6 c. r. 39·5°C. Usta lepiéj otwiera aniżeli za dnia wczorajszego, chory przez chwilę nawet sam siedział, ruchy odnóg dość swobodne. Polepszenie to trwało jednak tylko czas krótki i było wynikiem kąpieli i zażycia chloralu po 2grm. na jednorazową dawkę, gdyż wnet napady w groźnym stopniu się pojawiły. Badanie fizyczne okazało jako przyczynę tak znacznego podniesienia ciepłoty zapalenie w podstawie płuca prawego, c. w. 40·0°C. 13/6 c. r. 40·8°C., tętno 168 bardzo nikłe, oddech bardzo powierzchowny, 54 ruchów na minutę. Tężec i szczękościsk prawie ciągły, remisyje rzadkie i krótkie. Przytomność zupełnie utrzymana. O godzinie 12 w południe w stanie tym życie zakończył.

Sekcyja wykonana 14 czerwca (prof. Dr. Browicz) wykazała: Skóra, tkanka podskórna, kości i stawy, mięśnie i naczynia obwodowe prawidłowe. Czaszka symetryczna, opona twarda naprężona, miernie nastrzykana, opony miękkie cienkie, przeźroczyste, miernie nastrzykane na całéj powierzchni, mózg zbity, suchy, istota korowa różowawa, komórki mózgowe prawidłowe; móżdżek i rdzeń przedłużony nie przedstawiają zmian makroskopowych. Gardziel, krtań, tchawica, śródpiersie i opłucna żebrowa prawidłowe. Na opłucnéj płuca prawego liczne drobne wybroczyny, miąższ przekrwiony, miernie zbrzękły, w tylnych i dolnych częściach bardziéj przekrwiony, ciemno-czerwony o jednostajnéj gładkiéj powierzchni rozkroju, z któréjto części wygnieść można ciecz krwawą mętną. Płuco lewe, gruczoły oskrzelowe, osierdzie, serce, naczynia, otrzewna, wątroba, śledziona i nerki prawidłowe. Błona śluzowa jelita cienkiego blada, nieco zgrubiała, gruczoły odosobnione wielkości główki od szpilki, gruczoły krezkowe do jelita cienkiego należące znacznie powiększone, blade, zbite, jednostajnego wejrzenia. K r ę g o s ł u p, o p o n y r d z e n i o w e i r d z e ń k r ę g o w y z u p e ł n i e p r a w i d ł o w y. Rozpoznanie anatomiczne: *Pneumonia hypostatica partis inferioris pulmonis dextri, hyperaemia pulmonum, ecchymoses pleurae pulmonalis. Catarrhus chronicus intestini tenuis.*

Makroskopowo zatém ani przekrwienia opon rdzeniowych i rdzenia nawet nie znaleziono, czy atoli w rdzeniu nie znajdowały się zmiany drobnowidowe, np. bujanie tkanki łącznéj embryjonalnéj w istocie białéj (Rokitansky) lub ogniska rozmiękłe w istocie szaréj z zamazaniem asymetryczném obrazu (Lockhart Clarke) itp., orzec nie możemy, gdyż niestety badanie drobnowidowe wykonaném nie zostało. Co się tyczy ostatecznéj przyczyny śmierci, to nastąpiła ona prawdopodobnie skutkiem porażenia serca, gdyż zmiany w płucach nie były tak znaczne, ażeby zejście śmiertelne od nich wyłącznie zależało, podobnie jak i wzmagające się przed śmiercią podniesienie ciepłoty nie należy odnieść do sprawy zapalnéj lecz raczéj do zmian w ośrodkach naczynioruchowych. Pod względem etyjologii zniewoleni jesteśmy w obec braku jakiéjkolwiek rany lub nawet blizny znaczniejszéj, odnieść wystąpienie tężca w przypadku niniejszym do przeziębienia i to albo, co prawdopodobniejsze, w skutek kąpieli w Rudawie 27 maja, kiedy to woda była jeszcze dobrze zimną, albo też skutkiem pracowania na przeciągu. Ciekawą jest jeszcze jedna okoliczność, a mianowicie, iż wszystkie te 3 przypadki tężca pojawiły się w miesiącu czerwcu i to w pierwszéj połowie, kiedy w okolicy naszéj pierwsze upały występują a różnica w temperaturach jest znaczna.

Skąpa liczba przypadków nie dozwala nam zresztą wysnuć jakichkolwiek wniosków ani co do przyczyny właściwéj tężca, ani co do rokowania od niéj może zależnego tak samo wytłumaczyć sobie nie możemy, dla czego pierwsze dwa przypadki zakończyły się pomyślnie, a 3ci, który prawie od początku był spostrzegany i leczony zakończył się śmiercią. Podnieść musimy jedynie co do przypadów poja-

wienie się stałe w moczu fosforanu wapniowego zasadowego w znacznéj ilości, a wystąpienie śladu białka w 2ch pierwszych przypadkach, daléj przebieg bezgorączkowy i znaczne ślinienie w przypadku 3cim obok silnych potów.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Sattler H. (prof. w Erlandze): **Nowa choroba zakaźna** *Ophthalmia-Jequirity.*

W zeszłym roku ogłosił L. Wecker artykuł *(Zehenders klinische Monatsblätter f. Augenh.* XX, str. 357) o działaniu nalewu *jequirity* na spojówkę. Spojówka powiek kilka razy tymże zwilżona przechodzi w stan ostrego zapalenia, a po ustąpieniu tegoż ulegają rychłemu wessaniu nacieki i przerosty téjże błony, powstałe skutkiem przewlekłych spojówkowych spraw zapalnych, jakiemi są przewlekłe zapalenia jaglicowe spojówki i śluzoropotok z łuszczką. Zdaniem Weckera byłby więc środek powyżéj wymieniony bardzo cennym nabytkiem, gdyż w krótkim stosunkowo czasie leczy choroby, które, jak wiadomo, należą do najuporczywszych a w każdym razie do bardzo długo trwających. Po ogłoszeniu pracy Weckera przeprowadził H. Sattler cały szereg doświadczeń, z których sprawę zdać zamierzamy, a które wykazały, że skutkiem zapuszczania do oka nalewu *jequirity* powstaje choroba, mająca wszystkie cechy choroby zakaźnéj.

W północnowschodnich prowincyjach Brazylii, w prowincyjach Ceara i Pianby, bardzo często uboższa ludność cierpi na jaglicowe zapalenie spojówek, które, podobnie jak w Egipcie i we wschodniéj Azyi, bardzo licznych domaga się ofiar. Lud używa w Brazylii, o czém się Wecker dowiedział od chorego będącego w jego leczeniu, przeciwko zapaleniu jaglicowemu i następowéj łuszczce „*Jequiriti,*“ jak tamże nazywają nalew z nasion jednéj ze swojskich roślin. Roślina ta, znana w botanice, pod nazwą *abrus peccatorius* należy do rodziny motylkowatych i rośnie dziko oprócz w Brazylii także w podzwrotnikowych sferach Azyi i Afryki. Nasiona są koralowo-czerwone, świecące, okrągłe lub jajowate i znane są od dawna w Niemczech pod nazwą: *Pater-noster Erbsen.* W Europie często używane bywają z powodu barwy, twardości i trwałości, niby korale, na naramienniki, naszyjniki i różańce.

W zakładzie okulistycznym Weckera nalew w następujący sporządzano sposób: 32 ziarn drobno potłuczonych, które ważą coś nad trzy gramy, moczy się przez dobę w 500 gramach wody zimnéj, poczém się jeszcze 500 grm. wody wrzącéj dolewa a po ostudzeniu płyn przesącza. Ciecz ma barwę ciemno-zieloną, woń aromatyczną właściwą, dość przyjemną. Po upływie jednéj doby mętnieje a późniéj ma barwę zielono brunatną lub brunatno żółtą, traci woń i przybiera daleko późniéj woń gnilną niż inne napary i nalewy roślinne. Natychmiast po przesączeniu działa skutecznie i własność tę przez kilka tygodni zachowuje.

Chcąc środek zastósować, odwraca się powieki i zwilża za pomocą pęzelka. Wecker i Moura Brazil twierdzą, że zapalenie bywa tém silniejsze, im częściéj się powieki zwilża i im więcéj się cieczy do oka dostaje. Sattler zaś sądzi, że skuteczność leku zależy od świeżości tegoż. Trzygodzinny nalew był bardzo skuteczny, dwudniowy słabszy niż dwudziestoczterogodzinny, a dziesięciodniowy zaledwie już był skuteczny, podczas gdy po 10 tygodniach wcale nie działał. Wielki wpływ przypisuje Sattler ciepłocie miejsca, w którém się nalew sporządzał. Najskuteczniejszym będzie, jeżeli nalew pozostawał w miejscu mającém 15—20 stopni C. Mniéj bywa skuteczny jeżeli było 30—35°C.; odwar zaś, chociażby najsilniejszy, zupełnie obojętnie zachowuje się w obec spojówki, tak że po zapuszczeniu nawet silniejszego nastrzykania naczyń wykazać nie można. Wreszcie wspomnieć należy, że zapalenie tém ostrzéj występuje, im zdrowszą była spojówka przed zapuszczeniem; im zaś więcéj nacieków i blizn na niéj napotykamy, im mocniéj są brodawki poprzerastane, tém trudniéj po zapuszczeniu *jequirity* zapalenie powstaje.

(Dokończenie nastąpi) *Dr. Machek.*

Allen-Starr: **Otrucie siarkanem miedziowym—hemoglobinuryja—śmierć.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 24).

Liczba znanych przypadków otrucia siarkanem miedziowym jest ograniczona a w żadnym z nich nie wspomniano o hemoglobinuryi. Dawka trucizny była tego rodzaju, że mogła sprowadzić ostre zapalenie żołądka i jelit, sekcyja wykazała tylko zmiany odpowiadające ostatniemu, w innych przypadkach cechowało się ono objawami wybitniejszemi. Trudno osądzić, czy własności wymiotne téj soli sprawiły, że mniéj jéj pozostało w żołądku, czy téż przepłukiwanie odtrutką chemiczną uwieńczone zostało tak wydatnym rezultatem. Łagodność przypadów ze strony żołądka przypisać należy okoliczności, że sól miedziowa, któréj część dostała się już do jelita przed przybyciem choréj do szpitala, została w znaczniejszéj części wydaloną z żołądka już to za pomocą przepłukiwania, już téż to przez podanie odtrutki a tylko reszta jéj, pozostająca w jelicie, mogła rozwinąć działanie miejscowe. Brak głębszych zmian w żołądku miał wyraz kliniczny w ustaniu wymiotów i w swobodném używaniu mleka.

Zapatrywania autorów nie zgadzają się co do przyczyny żółtaczki, występującéj w przebiegu otrucia solami miedziowemi. Christinson przytacza 3 przypadki, Orfili, Pyla i Wildberga, w których żółtaczka wystąpiła; Taylor, Ziemssen i Murchison wspominają o nich i cytują Christinsona jako powagę w tym względzie, wynurzają jednak pewne powątpiewanie co do częstości tego przypadu a sami nie spostrzegali go ani razu. Murchison jest skłonniejszym do przypisania zapaleniu dwunastnicy przyczyny żółtaczki, aniżeli do przypuszczenia, że zachodzi tu coś podobnego do ostrego otrucia fosforowego. Husemann i Maschka zestawiają te sprzeczne zapatrywania i przytaczają każdy po jednym przypadku, w których żółtaczkę obserwowali. W naszym przypadku pojawiła się żółtaczka w 50 godzin po wchłonieniu środka a w 20 godzin późniéj wystąpiła hemoglobinuryja. Sekcyja wykazała, że przewody żółciowe były drożne i nie było wcale zapalenia dwunastnicy, żółtaczka więc nie powstała z przyczyny mechanicznéj. Wątroba przedstawiała obraz ostrego zwyrodnienia tłuszczowego, jakie się pojawia w otruciu fosforem, nie możnaby więc w tym właśnie przypadku przyznać słuszności zapatrywaniu Murchisona. Wydaje się prawdopodobném, że żółtaczka wynikła z rozpadu ciałek krwi czerwonych, które pozbyły się hemoglobinu, znalezionego również w moczu; nie od rzeczy będzie téż przytoczyć tutaj zapatrywanie Flinta wyrażone w jedném z dzieł nowszych; „pewném jest, mówi on, że w przebiegu pewnych spraw chorobowych powstaje z rozpadu ciałek krwi czerwonych pewien barwik podobny do bilirubinu, może nawet sam bilirubin, który wywołuje bez pośrednictwa zmian w wątrobie przypady podobne do powstających po resorbcyi żółci“. Ten przypadek

stwierdza, że żółtaczka może powstać wśród takich warunków i to jest t. z. *icterus haemotogenes*.

Tak więc wykazano po raz pierwszy, że hemoglobinuryja bywa następstwem otrucia siarkanem miedziowym, wszyscy inni autorowie wspominają o powstrzymaniu moczu lub zmianach co do ilości, lecz żaden nie wspomina o takiém zjawisku. Jeden jest tylko przypadek podobny ogłoszony przez Maschkę (*Wiener med. Wochenschrift*, 1871, Nr. 26, str. 628), w którym mocz zawierał: „krew, białko i żółć" autor nie wspomina jednak, czy go badano mikroskopowo. Literatura lekarska z ostatnich 10ciu lat zawiera kilka opisów otrucia siarkanem miedziowym, przypad ten nie pojawił się jednak w żadnym z przypadków ogłoszonych, jest więc wielce prawdopodobném, że ten przypadek jest jedyny tego rodzaju. Hemoglobinuryję spostrzegano już w przebiegu otrucia fosforem, po wziewaniu kwasu węglowego, pruskiego i arsenku wodu. Pojawia się ona w gnilcu, plamicy krwotocznéj, czasem w durzycy i płonicy, po przetoczeniu krwi i niekiedy u krwawców; raz wywołano ją wstrzyknięciem gliceryny do krwi, najczęściéj występuje napadowo po narażeniu się na zimno. Poważni autorowie odnoszą przyczynę jéj do zmian w saméj krwi i twierdzą, że kiedy środek, który dostawszy się do obiegu krwi niszczy lub rozpuszcza ciałka krwi sprawia, że ich część składowa zabarwiona zostaje wydzieloną. W stanie fizyjologicznym barwik ten zamienia częściowo w barwik żółciowy, częściowo w barwik moczu, inna wreszcie część jego stanowi materyjał odżywczy dla tkanki mięsnéj. Jeżeli więc ciałka krwi czerwone zostają w wielkiéj ilości niszczone, uwalnia się z nich znaczna część hemoglobinu w stosunku do przemian, którym ulega ten składnik krwi w stanie fizyjologicznym. Wolny krąży on wśród krwi jako gałczeń tlenny lub methemoglobin, a ta właśnie jego postać bywa wydzielaną nerkami, staje się zdolną do krystalizowania i przenika łatwo błony zwierzęce. Rzeczywista hemoglobinuryja, w przebiegu któréj nie napotyka się w moczu ciałek krwi czerwonych, jest dosyć rzadką, częściéj towarzyszy jéj hematuryja, odróżnienie zaś polega na badaniu osadu moczu, który nie zawierał ciałek krwi czerwonych w przebiegu hemoglobinuryi albo zawiera ich tylko bardzo mało. Mocz taki zawiera zawsze pewną ilość białka a w osadzie znajdują się zabarwione przybłonki i masy ziarniste. Wszystkie te składniki znaleziono w przypadku powyższym a badanie nerek wykazało, że w cewkach moczowych znajdowały się złogi takiéj saméj ziarnistéj masy, spostrzeżenie niniejsze wykazuje przeto, że miedź dostawszy do krwi sprawia uwolnienie się hemoglobinu. Zachodzi ostatecznie pytanie, czy śmierć nastała w skutek działania trucizny na układ nerwowy, czy też w skutek rozległego rozpadu ciałek krwi czerwonych, co musiało wywołać niedostateczny dowóz tlenu do tkanin. Ostatnie zapatrywanie przemawia więcéj do przekonania z następujących powodów. Krew przedstawiała po śmierci szczególne wejrzenie; była ona mocno skrzepłą i zabarwioną czekoladowo, tkaniny narządów wewnętrznych były mocno zabarwione, co dowodzi uwolnienia się znacznéj ilości hemoglobinu, który znajdował się również obficie w moczu oddawanym w dość znacznéj ilości (50 uncyj dziennie). Przyśpieszenie oddechania (30 razy na minutę w ciągu 36 ostatnich godzin) świadczyło, że krew straciła na własności przybierania tlenu. Z drugiéj strony brakło wielu objawów, o których wspominają w dziełach, nie było bowiem porażeń, kurczów ani drgawek, ani też zmian w narządzie wzrokowym, odrętwienie było objawem najwybitniejszym aż do saméj śmierci. Zmniejszenie się prawidłowéj ilości hemoglobinu wśród krwi może niewątpliwie śmierć sprowadzić, a badanie Quinquauda i Hoppe-Seylera wykazały, że skoro prawidłowa ilość hemoglobinu w 1000grm. krwi ze 125 gramów zmniejszy się do 40 gramów, następuje śmierć z powodu braku tlenu. Objawy występujące wtedy są takie same, jakie spostrzeżono w niniejszym przypadku. Należałoby zatém w podobnym przypadku obliczyć ilość hemoglobinu we krwi puszczonéj otrutemu, aby rozstrzygnąć stanowczo wszelką wątpliwość. (*Annales d'hygiène publ.*, 3e serie, t. IX, str. 185).

Przypadek, który przytoczyliśmy w streszczeniu, przypomina w wielu szczegółach przypadki otrucia chloranem potasowym, ogłaszane w ostatnich czasach. Jeden zwłaszcza szczegół zwrócił naszą uwagę na uderzające podobieństwo a jest nim osobliwa barwa krwi, o jakiéj autorowie wspominają. W związku z czekoladową barwą krwi stoi niewątpliwie odrębne i nie spostrzegane dotąd zabarwienie plam trupich mianowicie szarawo-fijoletowe. W przypadku niniejszym nie wspomina autor nigdzie o plamach trupich ani o ich barwie, a możliwy brak téj zmiany pośmiertnéj znajduje dostateczne usprawiedliwienie w okoliczności, że krew znaleziono wszędzie w naczyniach i w sercu mocno skrzepłą, co naturalnie nie sprzyja powstaniu plam, gdy we wszystkich ogłoszonych przypadkach otrucia chloranem potasowym znaleziono krew płynną. (Przegl. Lek., 1882 i 1883, Nr. 12). *Dr. J. Schaitter.*

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Komisyja sanitarna krakowska odbyła w dniu 16 bm. pod przewodnictwem naprzód Prezydenta miasta Dra Weigla a następnie r. m. Dra Warschauera posiedzenie, na którém po załatwieniu drobnych czynności bieżących fizyk miasta Dr. Buszek wykazał na podstawie dat urzędowych, iż obecnie w Krakowie nie panuje żadna choroba zakaźna epidemicznie a wet. m. Walentowicz zwrócił uwagę, iż toż samo tyczy się zwierząt, tak iż dotąd w r. b. nie pojawił się między niemi ani jeden przypadek wścieklizny, co w pierwszym rzędzie zawdzięczać należy dobroczynnemu wpływowi podatku od psów. Następnie przedłożył fizyk miasta plany wzorowéj mleczarni przez p. Schöna w Mydlnikach założyć się mającéj, które przyjęto z wielkiém uznaniem do wiadomości. R. m. Dr. Domański wniósł, aby zwrócić uwagę ludności na wielkie korzyści powtórnego szczepienia ospy. Wniosek ten przyjęto i przekazano Magistratowi do wykonania. Dr. Zarewicz podał do wiadomości własne swe spostrzeżenie, iż obecnie umiera w Krakowie na kiłę wrodzoną daleko więcéj noworodków niż dawniéj. Dało to powód do obszernéj dyskusyi, w któréj brali udział prawie wszyscy obecni i w któréj wykazywano, iż zapobieganie wszelkiemi siłami szerzeniu się kiły jest dziś tém większym obowiązkiem, ile że wiemy dziś daleko więcéj niż dawniéj o nader szkodliwym a częstym wpływie téj choroby na układ nerwowy. Do zbadania téj sprawy i przedłożenia odpowiednich wniosków wyznaczono podkomisyję z radców miejskich Drów Domańskiego i Pareńskiego i fizyka szpitala Dra Zarewicza. Fizyk miejski zawiadomił, iż poskramia wszelkiemi siłami działanie partaczy lekarskich i iż daléj rewiduje mieszkania stróżów domowych starając się o zaradzenie złemu pod względem higijenicznym. Odczytano pismo Dyrekcyi szpitala św. Łazarza użalającéj się na zanieczyszczenie ulicy Kopernika materyjami powietrze w okolicy szpitala bardzo zatruwającemi. Ponieważ pokazało się, iż przyczyną zanieczyszczenia przerzeczonéj ulicy był niestosowny wywóz odpadków z pobliskiego browaru, przeto na wniosek r. m. Dra Domańskiego polecono Magistratowi zbadać dokładnie sposoby usuwania odpadków fabrycznych ze wszystkich browarów w Krakowie i zaradzić doszczętnie złemu, na które użala się Dyrekcyja szpitala św. Łazarza. Na żądanie sekcyi ekonomicznéj Rady miasta oznaczono skład chemiczny dla najodpo-

wiedniejszego proszku desinfekcyjnego. Na wniosek r. m. Dra Domańskiego uchwalono zwrócić uwagę magistratu na konieczną i pilną potrzebę założenia w ulicy Starowiślnéj kanału dla wód meteorycznych i gospodarczych i uporządkowania wylotu ulicy św. Marka wzdłuż muru klasztoru Reformatów ku plantacyjom.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 3—9 czerwca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 30,1 Z płonicy umarło 1 (3 z. t.); z błonicy 0 (2 z. t.); z dur brzusznego 2 (0 z. t.); z czerwonki 0 (1 z. t.); z kiły 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku ospy, 9 odry, 8 płonicy, 5 błonicy, 2 duru brzusznego. W tygodniu od 27 maja do 2 czerwca umarło w Londynie z ospy 2, leczyło się w szpitalach 75, świeżo zapadło 10. W Bombaju umarło 20, w Nowym Orleanie 30, w Petersburgu 16, w Paryżu 10, w Pradze 7, w Roterdamie 6, w Aleksandryi 5, w Madrycie 4, Warszawie i Murcyi po 3. W Rio de Janeiro umarło od 16 do 30 kwietnia 36 z ospy, 200 z febry żółtéj. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu, Murcyi i Saragosie po 4, w Budapeszcie 3, w Walencyi 2. W Bombaju umarło od 1—8 maja z cholery 28, w Kalkucie od 1—7 kwietnia 92. Również i w Baltimore i Nowym Orleanie pojawiała się cholera. Z powodu cholery w Bombaju zaprowadzono kwarantanę w Egipcie dla przybywających ztamtąd a zniesiono ją dla przybywających z Sumatry.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 27 maja do 2 czerwca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 33,9; w Warszawie 25,7; w Poznaniu 23,6; w Wiedniu 32,0; w Budapeszcie 39,4; w Pradze 41,3; w Berlinie 32,0; w Wrocławiu 28,4; w Gdańsku 22,7; w Mnichowie 33,2; w Kolonii 28,0; w Dreźnie 25,4; w Lipsku 20,4; w Amsterdamie 28,1; w Hadze 27,7; w Paryżu 26,9; w Londynie 18,5; w Kopenhadze 22,0; w Stokholmie 24,7; w Chrystyjanii 13,2; w Petersburgu 36,7; w Odesie 29,0; w Rzymie 29,3; w Wenecyi 39.9; w Bukareszcie 20,0; w Madrycie 46,2; w Lizbonie 29,0; w Aleksandryi 39.7: w Nowym Jorku 28,8; w Filadelfii 21.8; w Rio de Janeiro 81,5; w Bombayu 29,7; w Madrasie 31,6. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 21 czerwca. Prof. Rydel i w roku bieżącym spędzi drugą połowę lipca oraz cały sierpień w Krynicy. Pospieszamy donieść o tém w interesie chorych, którzyby chcieli korzystać z jego pobytu celem zasięgnięcia rady i opieki w chorobach ocznych.

* Od Wydziału gospodarczego IV Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich otrzymaliśmy następujące zawiadomienie:

W skutek odebranych w ostatnich dniach licznych, tak prywatnych jak zbiorowych, listów, a mianowicie od Towarzystw lekarskich warszawskiego i krakowskiego, listów wyrażających życzenie, ażeby z powodu koincydencyi we wrześniu br., różnych zjazdów naukowych i uroczystości narodowych, Zjazd IV lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu odbył się dopiero w roku 1884, widzi się niżéj podpisany Wydział gospodarczy zniewolonym do przełożenia terminu tego Zjazdu ostatecznie i nieodwołalnie na 2go czerwca 1884 roku.

Wydział gospodarczy stanowczo przecież zaznacza, że przygotowania do Zjazdu przez tę zmianę żadnéj nie doznają przerwy i ma nadzieję, że lekarze i przyrodnicy tém ogólniéj pracami i udziałem licznym Zjazd nasz poprą.

Uprasza się wszystkie pisma o powtórzenie téj wiadomości.

Poznań, dnia 11 czerwca 1883.

Dr. Bol. Wicherkiewicz, przewodniczący. *Dr. Osowicki*, sekretarz.

Dr. Jarnatowski, skarbnik.

Zgodnie z życzeniem objawioném przez kolegów warszawskich i krakowskich Wydział gospodarczy odroczył Zjazd do d. 2 czerwca 1884 r., nie zawiesił jednak swych czynności, lecz nadal przyjmować będzie wszelkie zgłoszenia kolegów i roztrząsać ich uwagi i przedstawienia odnoszące się do przyszłorocznego Zjazdu.

* W sprawie zajścia baranowskiego otrzymaliśmy następujące wyjaśnienie od kol. Dra Piórki:

Wielmożny Panie Redaktorze!

Podając zaszły i prawdziwy fakt opatrzony czytelnym i rzetelnym moim podpisem a na prośbę moją w Nrze 21 Przeglądu Lek. umieszczony, nie myślałem bynajmniéj o tworzeniu jakiejś polemiki i obecnie tego nie mam na myśli, raz, że Przegląd Lek. za służący ku temu celowi nie uważam, po drugie że pięć podpisów nieczytelnych pochodzących od osób izraelickich, które nie mając ani wyobrażenia o tém co zaszło, pozwoliły sobie w Nrze 22 Przegl. Lek. prostować fakt rzeczywisty przezemnie podany. Zresztą odpowiednia władza oddała tę sprawę pod roztrząśnięcie Sądu a śledztwo jest w toku.

Dotknięty srogo a niewinnie w owém sprostowaniu muszę się wytłumaczyć co to znaczy, że „występuję z namiętnością przeciw publiczności, z któréj żyję“ jak autor sprostowania twierdzi. Sądzę, że moje wyjaśnienie zainteresuje czytelnika.

1. Nie pozwalać cyrulikowi toczyć krwi bez potrzeby i miary i objaśniać w tym kierunku ciemny lud wiejski.

2. Schwytać wodę z cukrem i octem sprzedaną choremu wieśniakowi zamiast wina i pogrozić skargą.

3. Wskazać drzwi rzeźnikowi, izraelicie, jeżeli w moim pokoju wyprawia hałasy i nastawia się do mnie z pięścią, za to, że mu każę trzymać się oznaczonego czasu w doprowadzeniu do oględzin bydła rzeźnego.

4. Nie pozwolić budzić się w nocy o godz. 2 do wydania kartki pośmiertnéj dla zmarłego dziecka około 12éj w nocy.

5. Nie udać się do chorego izraelity w nocy będąc wzywany doń z odgrażaniem się wytłuczenia mi szyb i zaniesienia skargi przed c. k. starostwo, jeżeli natychmiast nie wstanę i pozwolę sobie zapytać wzywającego, do kogo mam się udać.

6. Jeżeli choremu dziecku na dławiec, kąsającemu po palcach przy zaglądaniu do gardła, i krnąbrnemu dawszy lekko dłonią klaksa w stosowne miejsce, poczém założywszy korek w zęby, chorobę skonstatujesz i zapędzlujesz gardło, nazywać się to będzie grubijańskiém traktowaniem, za to utracisz pensyję 200 złr., jako lekarz miejski.

7. Jeżeli za owe 200 złr. rocznie nie pozwolisz uważać się za służalca gminnego i wymagasz poszanowania, do jakiego masz prawo, bo leczysz ubogich gratis, nie będąc kontraktem zawartym z gminą do tego obowiązany, jeżeli wolisz nic nie brać niż honoraryjum 20 ct., jeżeli wezwany na *consilium* o godz. 1éj w nocy bawisz u chorego zamożnego do 4éj rano a nieprzyjmiesz za to honoraryjum 1 złr.: to wszystko, co przytoczyłem, nazywa się u tutejszych wielu izraelitów namiętném występowaniem przeciw publiczności, z któréj żyjesz. Każdy punkt podany udowodnić mogę. Każdy z kolegów, kiedykolwiek rozpoczynający praktykę w Baranowie, niechaj będzie przygotowany na przyjemności, których ja tu doznaję, za moją pracę i za odcięcie się w téj okolicy od świata.

A teraz przystępuję do szczegółów: Prostujący twierdzą, że wyraźnie i własnoręczném pismem zezwoliłem, aby ciało bezzwłocznie pochowane zostało. To jest fałsz. Świadkami bowiem są żandarmi zawezwani i cały Baranów wreszcie, że Nutha Katz umarł 8go maja a ja oglądałem zwłoki 9go maja między godziną 9tą a 10tą zrana; a gdy odgrażania śmiercią ze strony jednego z tutejszych izraelitów (Chaima Dawida Rothwachsa), który mi zastąpił drogę a który niepochlebną reputacyją cieszy się u tutejszego posterunku żandarmów, daléj gdy odgrażania się skargą do starostwa a wreszcie usiłowane awantury w domu moim się nie udały, gdyż usunąłem się z domu przed napastnikami a zawezwana żandarmeryja do reszty spokój mi przywróciła, udali się interesowani do innego sposobu zmuszenia mnie do wydania kartki pośmiertnéj celem natychmiastowego pochowania zwłok. Najprzód przedstawiania i prośby, wreszcie myśleli, że się dam przekupić, gdy wszystko spełzło na niczém, oświadczyli mi, że zwłoki od chwili oględzin rano między 9tą a 10tą przezemnie dokonanych, bardzo się zmieniły, że dzień jest gorący a ciało leży w izbie mieszkalnéj i psuje się prędko. Wziąwszy z sobą uproszonego żandarma udałem się celem sprawdzenia tego i rzeczywiście znalazłem nieco odmienny obraz zwłok, bo brzuch mocno wzdęty i plamy zielonawe na brzuchu, na co zwróciłem téż uwagę żandarma i w jego obecności wydałem nową kartkę pośmiertną, w któréj napisałem „że ciało z powodu szybko postępującego gnicia dłużéj leżeć nie może“ i oświadczy-

łem, że w takich razach ciało umieścić należy w kostnicy. Izraelici téż zaraz wynieśli ciało na cmentarz. Czy je złożyli w kostnicy, tego nie wiem. Zatém nie ma gmina mojego własnoręcznego zezwolenia na „bezzwłoczne“ pochowanie ciała, gdyż dopiero powtórne oględziny, dokonane na żądanie interesowanych, skłoniły mnie do pozwolenia wyniesienia ciała do kostnicy. Podpis „gminy izraelickiéj“ jest bezzasadny i wyskoczył tu jak Filip z konopi. Wszak ja nie występuję przeciw „gminie“ ale przeciw niektórym jéj członkom. Wszak nie gmina zastąpiła mi drogę i odgrażała śmiercią, lecz jednostki, a awanturnicy owi przecież nie są radnymi gminy, i gmina nie była świadkiem owych zajść. Prawda zaś podana przezemnie taką być nie przestanie i żandarmeryja nie podawałaby téj sprawy do prokuratoryi państwa, gdyby na tém nic nie była znalazła.

Nieprawdą jest, że pobieram 200 złr. od gminy. Wziąłem za pierwsze półrocze 100 złr. ale wydała je gmina z kłopotami wielkiemi, gdyż pieniędzy nie miała. Za drugie półrocze zaś zatrzymała mi drugie 100 złr. podając za powód, że w nocy do chorych udać się nie chcę. Trudno udawać mi się w nocy do chorych, którzy po zaułkach stawiają Rothwachsów dla pogrożenia mi śmiercią w jasny dzień. Główną sprężyną i powodem zaburzeń od samego początku pobytu mego w Baranowie jest to, że 20 ct. ani 10 ct. za udanie się do chorych brać nie chcę, że oświadczyłem, iż każdemu ubogiemu bez różnicy wyznania udzielę pomocy zawsze, skoro tylko przyniesie kartkę z kahału lub gminy, że jest ubogim i tak téż było. Ponieważ zwróciłem uwagę tutejszego duchownego izraelickiego, niby rabina, żeby dla przykładu lepiéj honorował lekarza, albo udał się po kartkę do kahału jako biedny, za to tenże jest moim zajadłym wrogiem. Że żydzi zabronili mi wykonywania praktyki w Baranowie, to fakt. Pod wpływem gróźb w nocy śmiało do chorych iść ani jechać nie mogę. Żydzi rozsyłają po wioskach faktorów, którzy bałamucą lud i odstręczają odemnie, a w mieście po ulicach chłopów chwytają i odstręczają. Mam na to dowody. Żeby się zaś na przyszłość uwolnić od podstępów, intryg, musiałem dobrowolnie zrzec się prowadzenia nadal oględzin bydła rzeźnego i oględzin pośmiertnych, a wreszcie jeżeli izraelici daléj podburzać będą lud i odstręczać, zmuszony będę wkrótce opuścić Baranów, bo to równa się oblężeniu i odcięciu żywności.

Dr. Piórko.

Umieściliśmy obszerne nieco pismo powyższe, aby dać sposobność koledze tłumaczenia się z zarzutów i wyjaśnienia stosunków lekarskich na prowincyi. Niestety wiadomo każdemu, który jakiś czas praktykował w małém mieście galicyjskiém, w jak smutnych warunkach pozostaje lekarz, skazany na praktykę zdaleka od miasta uniwersyteckiego, z jakiemi ma walczyć trudnościami i przesądami. Nie wdając się w szczegóły sporne, uznać musimy uwagi ogólne kol. Piórki za uzasadnione, bo polegające na prawdziwym stanie rzeczy. Do usunięcia takich stosunków każdy w miarę sił przyczynić się powinien, a lekarz młody, udający się na praktykę do miejsc odległych od ruchu głównego powinien badać naprzód samego siebie, czy chce podjąć walkę cywilizacyjną i czy siły jego podołają takiéj walce; można bowiem być zdolnym lekarzem, a nieusposobionym wcale do skutecznéj walki z przesądem i ciemnotą, a w takim razie lekarz niszczy niepotrzebnie siły swoje.

* Prof. Nussbaum w Monachijum doznał złamania kości odnogi dolnéj, upadłszy w pokoju swoim.

* Miasto Acquapendente we Włoszech urządza składkę celem postawienia pomnika dla znakomitego anatoma Girolamo Fabrizio, który znany jest pod nazwiskiem Fabricius ab Acquapendente.

* W Georgii amerykańskiéj żyje murzynka licząca lat 121; mając więcéj niż 100 lat rodziła jeszcze kilkoro dzieci *Progrès méd.* radby dowiedzieć się, jaki był wiek szczęśliwego ojca?

* Wiadomość podaną w Nrze 24 o medalach Wystawy higijenicznéj berlińskiéj prostujemy dziś w następujący sposób: Cesarzowa Augusta ofiarowała 40 medali złotych a 80 srebrnych. Z tych otrzymali z wystawców austro węgierskich medale złote: Zakon niemiecki w Austryi, austr. Towarzystwo krzyża czerwonego, Towarzystwo wiedeńskie pomocy dobrowolnéj, prof. Fodor w Budapeszcie i węgierskie Tow. krzyża czerwonego; medale srebrne zaś: optyk Reichert w Wiedniu, Karol Schwalbe, nauczyciel szkół ludowych w Czechach (za zbiór grzybów), referent sanitarny w Wiedniu Dr. Karajan (za przyrządy do oświetlania teatrów), Dr. Heinrich w Wiedniu (za urządzenie kąpieli dla ludu); mechanik Leiter, Superator w Wiedniu (przyrządy do gaszenia ognia), Dr. Ziembiński w Krakowie, dyrektor zakładu technicznego, Zakład kąpielowy na wyspie Małgorzaty w Budapeszcie i lekarz pułkowy Dr. Spitzer w Kaposwarze.

* W Luhaczowicach do d. 4 czerwca było gości kąpielowych 159, w Cieplicach czeskich do d. 11 czerwca 2458, w Giesshübl u do d. 16 bm. było gości 59.

* **Wiedeń.** W drugą rocznicę śmierci prof. Józefa Škody odsłonięto d. 13 b. m. tablicę pamiątkową, umieszczoną na domu, w którym mieszkał i umarł, przy ulicy dawniéj Reitergasse a obecnie Skodagasse zwanéj. Po odśpiewaniu choralu przez Stowarzyszenie akademickie przemówił prof. Arlt, a następnie prof. Schrötter w obszernéj mowie złożył hołd zasługom Škody.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Würzburg.** Z dwóch katedr osieroconych w skutek śmierci Rineckera otrzymać ma katedrę psychijatryi Dr. Grashey, dyrektor zakładu w Deggendorf, a dermatologiczną docent prywatny Dr. Matterstok. — **Wiedeń.** Prof. Auspitz, dyrektor polikliniki ogólnéj, otrzymał krzyż kawalerski orderu Franciszka Józefa. — **Praga.** Dr. Steffal mianowany został nadzw. prof. anatomii opisowéj, Dr. Horbaczewski ma zostać prof. chemii lekarskiéj a Dr. Hlava ma mieć poruczone sobie wykłady anatomii patologicznéj. (Rokowania z prof. Tomsą i Lamblem jeszcze nie doprowadziły do skutku. Tak donosi Časop. lek. česk. Co do nas sądzimy, że dla nowo powstającego Wydziału czeskiego byłby odpowiedniejszym jako prof. anatomii patolog. Dr. Hlava, b. asystent Klebsa, aniżeli prof. Lambl, który od lat wielu oddaje się praktyce. Mamy téż uzasadnione podstawy do przypuszczania, że Dr. Hlava ma szanse otrzymania katedry). — **Pawia.** Nadzw. prof. medycyny sądowéj Dr. Arrigo Tamassia mianowany został zwyczajnym profesorem tegoż przedmiotu w Padwie.

* **Wiadomości osobowe.** Przeniesieni zostali z armii czynnéj austr. do rezerwy: lekarz pułkowy 2éj klasy Dr. Bolesław Koller i starszy lekarz Dr. Miron Jajus; uznany został za niezdolnego do służby garnizonowéj, a zdolnego do służby miejscowéj starszy lekarz rezerwowy Dr. Franc. Wyszatycki; mianowany lekarzem asystentem w rezerwie Dr. Rudolf Trzebicky w Krakowie.

* **Nekrologija** D. 19 bm. umarł w Krakowie Dr. Szymon Elbogen, c. k. lekarz pułkowy, kawaler orderu Franciszka Józefa i medalu wojennego, sekretarz szefa sanitarnego korpusu I armii, licząc lat 45 Zmarły urodził się w Czechach, w r. 1860 uczęszczał przez rok na medycynę w Krakowie, stopnie doktorskie uzyskał następnie we Wiedniu. Od lat kilkunastu bawił ciągle w Krakowie i przywiązał się szczerze do kraju i miasta; celował jako znawca gruntowny ustaw i przepisów wojskowo-lekarskich, jako zacny kolega i obywatel a młodzież nasza, odbywająca służbę jednoroczną wojskowo-lekarską, chwali go jako życzliwego kierownika. Za odznaczenie się podczas epidemii cholery w Krakowie w r. 1873 został dekorowany. Śmierć jego niespodziana, która zabrała go w sile wieku, wywołała nie tylko śród lekarzy wojskowych ale i cywilnych żal prawdziwy; wszyscy bowiem stracili w nim godnego, sympatycznego i gotowego do usług kolegę Cześć jego pamięci!

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lek.* Nr. 24: Wolframa (z kliniki prof. Korczyńskiego w Krakowie): Przypadek tętniakowego, prawdopodobnie wrodzonego rozszerzenia tętnicy płucnéj. — Mikulicza: Przyczynki do plastycznéj chirurgii nosa (dok.); — W *Medycynie* Nr. 24: Schaittera: Kazuistyka sądowolekarska I. Śmierć skutkiem pęknięcia wątroby.

Redakcyja otrzymała:

Dr. Tad. ŻULIŃSKI: Wnioski akademickiéj Komisyi szkół średnich w sprawie reformy ich higijenicznéj. (Odbitka z „Nowéj Reformy“) Kraków 1883, in 12o str. 127.

Prof A. EULENBURG (w Berlinie): Die hydroelektrischen Bäder. Wien u. Leipzig, Urban et Schwarzenberg 1883, in 8vo str. 102, z 12 rycinami i 2 tabl.

Dr. J. REINSBERG: Nauka o soudném lékařství. I, v Praze 1883, in 8vo str. 106.

Dr. Wł. LESSER (w Lipsku): Uiber Cubitus valgus. Osobne odbicie z archiwu Virchowa 1883, in 8vo str. 11 z tabl.

Piśmiennictwo lekarskie. NEUSSER E. Beitrag zur Lehre v. d. Harnfarbstoffen. M. 1 Taf. Lex. 8 Wien, Gerolds Sohn. M. 0.60.

NICOLADONI C. Die Torsion der skoliotischen Wirbelsäule. Eine anatom. Studie. Mit 2 Abbildgn. im Texte u. 12 lith. Tfln. gr. 8. Stuttgart, Enke. M. 6.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Dr. Adam Świrski

lekarz Zakładu zdrojowo-kąpielowego

w Iwoniczu

ordynuje w czasie sezonu jak w latach poprzednich.
Mieszkanie „STARY PAŁAC.“

Pierwszy c. k. koncesyjonowany i przez Wys. Ministerstwo subwencyjonowany

ZAKŁAD KROWIANKOWY

pod kontrolą i nadzorem władz zdrowotnych

Wiedeń Alserstrasse 18.

Rozsełka codzienna świeżéj krowianki pod gwarancyją przyjęcia się.

HAY, lekarz.

Krowianka do szczepienia jednego dziecka wystarczająca 1 złr.

☞ Tylko szczepienie prawdziwą krowianką ochrania od naturalnéj ospy i wszelkich zaraźliwych chorób, które ze szczepienia limfą z dzieci zbieraną, często się pojawiają.

Dr. Med. W. KRETOWICZ

ordynować będzie w roku bieżącym

W KARLSBADZIE.

ZAKŁAD KROWIANKOWY

koncesyjonowany przez Wys. c. k. Namiestnictwo pod dozorem władz sanitarnych

L. J. Kubickiego

weterynarza m. Lwowa i docenta weterynaryi poleca zawsze

świeżą krowiankę.

Na żądanie wysełam za pobraniem.

Lwów, ulica Łyczakowska 7.

Dr. PRZEŹDZIECKI

udziela porady lekarskiéj jak lat poprzednich

w Franzensbadzie.

(Goldener Stern).

Dr. med. Witold Jaroszyński

ordynować będzie jak w latach poprzednich od 1 Września

W MERANIE.

RUDOLF THÜRRIEGL

Fabrykant chirurgicznych narzędzi

WIEDEŃ

Alservorstadt. Schwarzspanierstrasse Nr. 5.

poleca się ze wszystkiemi tego rodzaju należącemi artykułami wedle **najnowszéj** konstrukcyi.

Dokładne cenniki przesyła na żądanie **darmo.**

JAWORZE

(koło Bielska, Szląsk austryjacki)

Zakład wodoleczniczy i żętyczny

otwarty jak po inne lata
z dniem **1 Maja rb.**

Dr. SMOLEŃSKI
lekarz i kierownik zakładu.

Zakład leczniczy

prywatny

otwartym został we LWOWIE z dniem 12 Maja rb. na mocy koncesyi Wys. c. k. Namiestnictwa. Przyjmuje chorych płci obojga na wszelkie rodzaje chorób wewnętrznych i zewnętrznych z wykonaniem wszelakich operacyj. Wykluczone są choroby zaraźliwe. Wszelkie wygody i staranna opieka lekarska są zapewnione. Bliższe wyjaśnienia udziela dyrektor zakładu.

Dr. Z. Rieger
Radca zdrowia.
we Lwowie przy placu Halickim l. 10 listownie;
ustnie od godziny 2—4 południu.

ŁOPUSZNA

Zakład klimatyczno-żętyczno-hydroterapeutyczny, 5 mil od stacyi kolei Czerniowiecko-lwowskiéj Śniatyna w Karpatach Bukowińskich, sześć mil od stacyj klimatycznych Dory, Mikuliczyna i Delatyna odległy w uroczéj dolinie rzek Seretu i Łopuszny, na wysokości 2 000 stóp nad poziomem morza, okolony górami, całkowicie szpilkowemi przeważnie lasami porosłemi— jest otwarty od dnia 15 Czerwca. Zakład posiada 72 pokoi umeblowanych, cztery sale, z których dwie jadalne a dwie bawialne, łazienki o 16 wannach ze specyjalną hydroterepeutyczną służbą, łaźnię parową, wygodnie urządzoną kąpiel rzeczną w rzekach Serecie i Łopusznie i przyrząd elektryczny ze stałym prądem. Restauracyja jest moją własnością i pod moim bezpośrednim zostaje zarządem. Oprócz téj jest w zakładzie i restauracyja koszerna pod moją kontrolą. Dla uprzyjemnienia pobytu posiada zakład muzykę kąpielową, fortepijan, bilard, 2 kręgielnie i czytelnię.

Cena pomieszkania, wiktu, kuracyi, honoraryjum lekarskiego i wszelkiéj usługi 89 złr. miesięcznie od osoby. Taksa wstępna 4 złr. Hydroterapija odbywa się przeważnie w mieszkaniach w trzech procedurach na dzień. Wikt składa się ze śniadania, drugiego śniadania, obiadu z dwoma mięsami i leguminą, i mięsnéj kolacyi. Na 4 dniowe naprzód zamówienie wysyła Zakład konie na stacyję śniatyńską za cenę 2 złr. od osoby.

Po bliższe szczegóły upraszam udać się do mnie pod adresem: Łopuszna, poczta Berhomet nad Seretem (Bukowina).

Dr. WŁADYSŁAW BOGDANSKI
Dyrektor zakładu w Łopusznie.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 30 czerwca 1883. № 26. Rok XXII.

I. Kilka słów o zejściu zapalenia płuc włóknikowego (pneumonia crouposa) w zapalenie międzymiąższowe (pneumonia interstitialis).

Podał Dr. Wł. Antoni Gluziński
Asystent téjże kliniki.

(Według wykładu mianego na posiedzeniu Tow. lek. krak. d. 16 maja 1883).

(Dokończenie. Patrz Nr. 25).

Przy ocenianiu przypadku trzeciego obserwacyi klinicznéj wyglądu tak makroskopowego jak i mikroskopowego płuca pomocną nam będzie najbardziéj praca Charcota, oparta na badaniu kliniczném i anatomiczném chorych zostających pod jego opieką lekarską w Salpetrière, którzy przez lata całe byli w jego obserwacyi, których stan fizyczny znał dokładnie, pod jego okiem przebywali raz lub kilka razy zapalenie płuc włóknikowe, a na stół sekcyjny dostawali się w różnych odstępach czasu po przebytéj chorobie ostréj. W miarę czasu, jaki upłynął od chwili przebycia zapalenia płuc a w związku z tém w miarę wejrzenia płuca samego rozróżnia Charcot dwa stadyja: 1) stwardnienie czerwone (*l'induration rouge*), 2) stwardnienie szare (*l'induration grise*). To ostatnie dzieli on na dwie fazy: *a*) Pierwszą stwierdzić można po 1—3-miesięczném trwaniu choroby. Płuco przedstawia się wtedy zbitsze, na przekroju suche, gdzieniegdzie jeszcze powierzchnia jest ziarnista, oskrzele nie są rozszerzone. *b)* Druga odmiana występuje najwcześniéj w 4—5 miesięcy po przebytém ostrém zapaleniu. Tu już mamy obraz o wiele bardziéj wyrazisty. Płuco jest zbite, przy krajaniu trzeszczy, palec tylko z wielkim oporem wchodzi w sam miąższ, barwa jest szara, powierzchnia gładka nie ma ani śladu ziarnistości; opłucna jest zgrubiała, płuco jest nieco pomniejszone, rozszerzenia oskrzeli nie ma. Pod drobnowidem widzimy rozwój tkanki łącznéj międzymiąższowéj, przez co pęcherzyki są pomniejszone, tak co do liczby jak i co do rozmiarów, ściany ich są zgrubiałe, często w ich miejscu znajdują się wyrośle polipowate, wychodzące ze ściany a złożone w części ze zbitéj tkanki łącznéj, w części z komórek wrzecionowatych.

Gdyby zmiany w płucu w naszym przypadku były wynikiem zapalenia włóknikowego, to idąc w ślad za Charcotem znaleźlibyśmy w takim razie obydwie te fazy; w górze zmianę starszą, ku dołowi stopniowo przechodzącą w zmianę świeższą. Już ten wzgląd sam przez się a tém bardziéj ta okoliczność, że w przypadku naszym od wybuchu ostatniego zapalenia ostrego najwięcéj półtora miesiąca upłynęło, wystarcza, aby wypowiedzieć zdanie, że cały obraz płuca nie może być uważany za skutek ostatniego zapalenia włóknikowego, a więc, że takowe musiało się rozwinąć w płucu, w którém poprzednio już odbyła się zmiana międzymiąższowa.

Co do ostatecznéj przyczyny tego zapalenia międzymiąższowego, to wystąpienie zmian tylko w jedném płucu, brak zmian w oskrzelach, brak wszelkich złogów mogących się dostać od zewnątrz do dróg oddechowych, brak wreszcie głębszych zmian naokoło oskrzeli lub ognisk serowatych pozwalają z całą stanowczością wykluczyć wszelkie rodzaje pylic, długotrwałe sprawy nieżytowe lub zmiany swoiste. Przyczyną tą, która zresztą działać musiała jednostronnie, gdy tylko jednostronną zmianę wywołała, po wykluczeniu innych było więc albo zapalenie płuc włóknikowe albo zapalenie opłucnéj. Ta ostatnia możebność jest jednak całkiem nieprawdopodobna, jeżeli, pomijając nawet wywiady, uwzględni się tę okoliczność, że obraz płuca w danym przypadku nie odpowiada wcale wyglądowi płuca dotkniętego zapaleniem międzymiąższowém, gdzie sprawa chorobowa bierze początek w zapaleniu opłucnéj. Charcot zwraca bowiem uwagę, że w płucu, w którém zapalenie opłucnéj wywołało zmianę międzymiąższową, ciągną się od opłucnéj ku miąższowi płucnemu nieregularnie pasma tkanki łącznéj, obejmujące całe grupy pęcherzyków, których ścianki często są niezmienione. W naszym przypadku mieliśmy jednostajną

prawie zmianę na całym obszarze zajętego płuca tak, że nie wahamy się przypuścić, że przyczyna jednocześnie na wszystkich miejscach zadziałać musiała, tą zaś, idąc drogą wykluczenia, nie może być nic innego jak zapalenie płuc włóknikowe, które chory według wywiadów poprzednio przebywał.

Zgrubienie znaczne opłucnéj, jakie w tych miejscach znajdujemy, nie zadziwia nas. Sprawy zapalne miąższu płucnego i opłucnéj stoją w bardzo ścisłym związku ze sobą, a to z powodu wspólnego unaczynienia przez tętnicę płucną. Tak często przecież klinicznie już stwierdzamy równoczesne wystąpienie zapalenia płuc włóknikowego i zapalenia opłucnéj, że zmianę na opłucnéj w postaci rozrostu tkanki łącznéj także do téj saméj przyczyny odnieść nam wypada.

Zmiana więc starsza w górnéj części płuca jest, zdaniem naszém, bezsprzecznie wynikiem zapalenia włóknikowego. Zmianę świeższą, jaką znajdujemy idąc ku niższym częściom płuca, możnaby pojąć wprawdzie w sposób ten, że raz powstałe zboczenie szerzyło się coraz daléj, lecz sądzę, że nie dalecy będziemy od prawdy przypuszczając, że dopiero powtórne zadziałanie tego samego bodźca, który już raz zmianę w płucu wywołał, mogło toczącą się sprawę podniecić i szersze nadać jéj granice. Przypuszczenie to nabiera większéj wagi, skoro w przypadku IIgim powyż podanym już klinicznie można było stwierdzić podniecenie sprawy śródmiąższowéj przez bodziec, który poprzednią zmianę zapalną wywołał, skoro przytoczymy wreszcie, że Charcot nietylko stwierdzał, że sprawa międzymiąższowa wywołana typowém zapaleniem najczęściéj występuje u indywiduów, które kilkakrotnie po téj saméj stronie takowe przebywali, lecz nadto tak klinicznie jak anatomicznie stwierdzał postęp po każdorazowém przebyciu téj choroby.

Zbierając całą rzecz razem przychodzimy do wniosku, że ze stanowiska klinicznego między przyczynami wywołującemi zapalenie płuc międzymiąższowe policzyć należy i zapalenie płuc włóknikowe, nie rozstrzygając naturalnie ze stanowiska anatomopatologicznego mniejszéj lub większéj równorzędności obydwu spraw już w samym zawiązku choroby.

Przypuszczając to zdanie ze stanowiska klinicznego ważném jest podanie momentów etyjologicznych, które mogą zadziałać na wytworzenie się zmiany międzymiąższowéj. Pod tym względem z dotychczasowych spostrzeżeń dadzą się wysnuć następujące wskazówki: Zapalenie międzymiąższowe należy do rzadkich następstw zapalenia włóknikowego płuc; najczęściéj przytrafia się u osób starszych (Charcot, Marchand, Cornil i Ranvier, nasze 3 przypadki), u ludzi, których ustrój podkopany jest chorobami innemi, którzy oddają się nałogowi pijaństwa (nasz III przypadek), przebywają ostre zapalenie płuc wśród niekorzystnych warunków atmosferycznych (Lebert, Woronichin, Eppinger, Marchand), jedném słowem u ludzi, u których są dane warunki do powolnego rozdzielania się spraw zapalnych, u których, jak się Leyden wyraża, energija serca jest osłabiona już to przez wiek, już to przez inne choroby lub przez nasilenie samego zapalenia płuc.

Ważnym momentem etyjologicznym jest kilkakrotne powtarzanie się zapalenia po téj saméj stronie; świadczą o tém zestawienia Charcota i spostrzeżenia Marchanda, świadczą o tém także i nasze przypadki II i III. Że tak jest, pojąć to łatwo, jeżeli się uwzględni, że częste powtarzanie się bodźca zapalnego wśród niekorzystnych a powyż wymienionych warunków, za każdym nawrotem podniecić może do żywszego rozwoju tlejącą sprawę zapalną w tkance łącznéj, jeżeli się zresztą zwróci uwagę na zrosty opłucnowe, które po zapaleniu płuc tak często powstają. Nastrzykiwania przekonywają bowiem, że przez te zrosty tworzy się komunikacyja między naczyniami płuca a naczyniami klatki piersiowéj; bogatsze więc unaczynienie, a ztąd i obfitszy dowóz materyjału odżywczego do okolic płuca w sąsiedztwie opłucnéj położonych, tłumaczy nam tę okoliczność, dla czego najdaléj posunięty proces znajdujemy zazwyczaj w częściach przybrzeżnych płuca. W tym razie nieobojętnym może czynnikiem jest także i upośledzenie przez zrosty ruchów samego płuca, a przez to i utrudniona wentylacyja płuc.

W rozprawie swojéj Marchand zwraca uwagę jeszcze na jeden szczegół. Opierając się na doświadczeniach Lassara, który po oziębieniu powłok zewnętrznych u zwierząt znajdował sprawy międzymiąższowe w wewnętrznych narządach, daléj na okoliczności, że przypadki jego dotyczą indywiduów, które przebywały zapalenie płuc wśród wpływów chłodnéj atmosfery, wysnuwa wniosek, że do powstania sprawy międzymiąższowéj po zapaleniu płuc włóknikowém może przyczynia się i nagłe oziębienie powlok zewnętrznych i ztąd wynikające przekrwienie narządów wewnętrznych.

Przypuszczenie to nie zdaje mi się być zupełnie słuszném, w takim razie bowiem tacy lekarze, jak np. Jürgensen, którzy każdego chorego z zapaleniem płuc włóknikowém wsadzają do kąpieli zimnéj, gdy tylko gorączka wyżéj się podniesie, a więc oziębiają powłoki zewnętrzne, mogliby najprędzéj głos zabrać w téj sprawie i dostarczyć największéj liczby przypadków kazuistycznych, czego jednak nie czynią, a co ważniejsza nie czynią tego i przeciwnicy tego sposobu leczenia.

Może daleko bardziéj uprawnioném jest przypuszczenie, że do rozrostów tkanki łącznéj w ogóle, a w szczególności do wytworzenia się zapalenia międzymiąższowego płuc z zapalenia włóknikowego, usposabiają pewne warunki podniebia i pewne stosunki klimatologiczne bliżéj nam nieznane, a dla pewnéj okolicy właściwe. Warunki te zdają się istnieć i w kraju naszym, gdyż sprawy włókniste (*fibromatosis)* przydarzają się u nas bardzo często, a zapalenie płuc międzymiąższowe tak według spostrzeżeń czynionych poprzednio w klinice lekarskiéj krakowskiéj, jakoteż według spostrzeżeń Heschla z czasów, gdy był profesorem anatomii patologicznéj w Krakowie, w naszych okolicach wcale nie należą do rzadkości.

II. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od r. 1879 do 1882.

Podał Dr. Emanuel Rosenblatt.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 25).

D) Tężyczka *(Tetania)*.

Tężyczka czyli tężec częściowy, opisany po raz pierwszy przez Steinheima jako osobliwa postać gośćca, jest, jak wiadomo, nerwicą ruchową, cechującą się skurczem tonicznym pewnych grup mięśni, po największéj części odnóg górnych, wzmagającym się od obwodu ku środkowi, występującym zazwyczaj symetrycznie na obydwu stronach, napadami mniéj lub więcéj częstemi, krócéj lub dłużéj trwającemi, przegradzanemi chwilami zupełnéj swobody. Znaczną skłonność do téj

choroby okazuje wiek dziecięcy, a zwłaszcza występuje ona u dzieci młodszych, ze zboczeniem krzywiczém i w ślad za têm idącemi zaburzeniami w trawieniu; uważano ją również po przeziębieniu i po chorobach zakaźnych. Ostateczna jéj przyczyna jest nam nieznaną, przypuszczamy tylko drobniejsze zboczenia odżywcze tak w nerwach obwodowych jak i w ośrodkach, za czém ostatniém przemawia równoczesne zajęcie większéj ilości mięśni, wystąpienie symetryczne na obydwu połowach ciała i towarzyszące często zboczenia czuciowe. Czy jednak z ośrodków tylko rdzeń ma być zajęty, jak to utrzymuje Erb na podstawie różnicy pobudliwości elektrycznéj między nerwami czaszkowemi a rdzeniowemi, w obec małéj ilości przypadków pod tym względem badanych, i niestałych zmian znajdowanych przy sekcyi, stanowczo orzec nie można.

Z trzech przypadków tetanii, które w szpitalu mieliśmy sposobność zauważyć, dwa zakończyły się śmiercią skutkiem chorób późniéj się rozwijających i w obydwu tych przypadkach sekcyja wykonaną została, badania jednak drobnowidowego nie przedsięwzięto. Przypadki te są następujące:

1) Blima Kriegerówna, dziewczyna 1-roczna przyjęta do szpitala 28 stycznia 1879. Wywiadów brak. Czaszka okrągła, z wymiarów zdradzająca małogłowie, obwód wynosi 41 cm., ciemię bardze małe. Stan odżywienia dziecka mierny, objawów krzywicy nie ma. Z wyjątkiem przepukliny pępkowéj średniego stopnia trzewa prawidłowe. Odnogi górne w stawach łokciowych zgięte, sztywne, ramiona do kadłuba zbliżone, przedramiona spoczywają w połowie górnéj na klatce piersiowéj, ręce w stawach garstkowych mocno zgięte i nieco ku stronie sprychowéj nachylone, palec 2gi, 3ci, 4ty i 5ty w stawach (*articulationes metacarpo-phalang.*) pomiędzy kośćmi śródręcza a falangami pod kątem rozwartym zgięte, w stawach zaś pojedyńczych członków wyprostowane i do siebie przyciśnięte, podczas gdy kciuki do dłoni przyciśnięte, w stawach zaś pojedyńczych członków wyprostowane i do siebie przyciśnięte, podczas gdy kciuki do dłoni przyciśnięte, w stawach palcowych wyprostowane, przylegają powierzchnią dłoniową do reszty palców. Położenie to skurczowe, cechujące tetaniję a porównane bardzo trafnie do postaci, jaką nadaje swéj ręce akuszer przy wprowadzaniu jéj do pochwy, symetrycznêm jest po obydwu stronach. Mięśnie są napięte i twarde, za dotykiem bolesne; przy wyprostowaniu, a raczéj usiłowaniu wyprostowania, członki stawiają bardzo znaczny opór, objawiając przytêm ból znaczny. Mimo użycia dość znacznéj siły dają się członki zgięte tylko do pewnego stopnia wyprostować, lecz po ustaniu siły wracają natychmiast do dawniejszego położenia. Odnogi dolne wyprostowane, stopy w ustawieniu kopytonogi, ruchy bierne jednak wolne. Dziecię zresztą ma się wcale dobrze, czynności narządu trawienia i wydzielania prawidłowe. Dopiero po dwudniowém trwaniu przykurczenia ustąpiły zwolna i całkowicie, jednak po upływie dalszych 3ch dni, podczas których ruchy odnóg były prawie całkiem swobodne, pojawiły się skurcze napowrót, bez wiadomego powodu, rozpoczynając się od zginaczy palców a przechodząc po kolei mięśnie ręki i przedramienia. Skurcze te podczas snu nie ustępowały, podobnie wpływu na nie nie miało zapalenie płuca lewego, które przystąpiło 20 lutego. Natomiast wzmogły się jeszcze przypady, a mianowicie 28 lutego stężenie przeszło także i na mięśnie wyprostne grzbietu, przy równoczesném wystąpieniu objawów dławca, któremu dziecię po rozwinięciu się jeszcze zapalenia płuc ogniskowego obustronnego dnia 2 marca o godzinie 6 wieczorem uległo.

Sekcyja wykonana 4 marca 1879 wykazała: *Laryngitis et tracheitis crouposa, pneumonia catarrhalis bilateralis, catarrhus chronic. intestini tenuis c. hyperplasia glandular. mesaraicarum.* Co do ośrodków mózgowo-rdzeniowych zauważono tylko w przestworach podpajęczych skąpą ilość cieczy surowiczéj jasnéj, w istocie zaś białéj mózgu liczne ciemno-czerwone kropki i smugi.

Cechująca postać skurczów, intermisyja zupełna, rozwijanie się napadu od obwodu, brak zajęcia mięśni żuchwowych upewniały w przypadku niniejszym rozpoznanie tetanii najzupełniéj; doświadczenia Trousseaua, wywołanie napadu przez uciśnięcie pnia naczyniowego, nie wykonano; brak zaś jakichkolwiek innych przypadów ze strony narządu nerwowego za życia i odpowiednio do tego brak zboczeń anatomicznych w ośrodkach stwierdzony sekcyją, chroni od pomylenia z tetaniją t. zw. symptomatyczną; jakaż była zatém w przypadku niniejszym przyczyna téjże choroby? W obec braku wywiadów nie wiemy, kiedy wystąpił napad tetanii po raz pierwszy, i jakie choroby ewentualnie go poprzedzały, krzywicy ani znaczniejszéj niedokrewności dziecię nie przedstawiało, zboczeń w narządach trawienia ani zaburzeń w czynnościach podczas pobytu w szpitalu nie zauważyliśmy, pozostają zatém jedynie przy sekcyi znalezione zmiany w jelicie, a mianowicie nieżyt przewłoczny i obrzęk gruczołów krezkowych, do którychbyśmy wystąpienie tetanii odnieść mogli, co jednak bardzo jest problematyczném. Powiedzieć zatém musimy, iż przyczyna całkiem nam jest nieznaną.

2) Szlojma Zwiefach, chłopiec 1-roczny przyjęty do szpitala 23 września 1880 z objawami nieżytu szczytowego płuc. Czaszka duża, czworokątna, ciemię większe aniżeli wiekowi dziecka odpowiada, nieco zaklęśnięte, mierny zanik kości potylicowéj; na klatce piersiowéj różaniec krzywiczy. Stan odżywienia zły, skóra wiotka skutkiem zaniku tkanki tłuszczowéj na pośladkach i wewnętrznéj powierzchni ud pomarszczona, gruczoły chłonne w pachwinach obrzękłe, liczne, miękkie. Wdech nad obydwoma szczytami płuc z tyłu zaostrzony pokryty drobnemi rzężeniami, wypuk różnicy nie przedstawia. W częściach dolnych płuc grubsze furczenia. Brzuch podatny, wątroba i śledziona prawidłowe. Wypróżnienia normalne. 27 września pojawia się nagle, bez jakichkolwiek zwiastunów lub przypadów ze strony narządu mózgowo-rdzeniowego, skurcz stały w odnogach górnych obejmujący zginacze ręki i przedramienia. Palce przyjmują cechujące tetaniję ułożenie; zgięte w stawach pomiędzy kośćmi śródręcza a falangami prawie pod kątem prostym a wyprostowane w stawach samychże falang, do siebie zbliżone, obejmują kciuki wyprostowane i do dłoni przyciśnięte. Ręce w stawach zgięte i ku stronie łokciowéj zwrócone, przedramiona w stawach łokciowych zgięte i sztywne. Skurcze bolesne, dziecię niespokojne, płacze. Już nazajutrz skurcz zupełnie ustąpił, występuje jednak napowrót za uciśnięciem pnia naczyniowego naramieniu, sprawiając widocznie dziecku ból znaczny, ustaje jednak szybko po zaprzestaniu wywieranego ucisku. Przypadku tego daléj obserwować nie można było, gdyż rodzice przestraszeni ponownêm wystąpieniem skurczu 30 września, bojąc się mimo perswazyi zejścia śmiertelnego a głównie sekcyi, dziecię ze szpitala zabrali.

3) Jan Głowacki, chłopiec 4½ letni, przyjęty 29 grudnia 1880. Chory miernie odżywiony, blady, twarz obrzmiała,

gruczoły karkowe powiększone, kaszel dość częsty z cechą krztuścową, na więzadełku języka wrzodzik. Po stronie lewéj klatki piersiowéj z tyłu około kąta łopatki ton wypukowy krótszy, nieco bębenkowy, przy oddechu rzężenia trzeszczące, drobne, równobańkowe. Śledziona niemacalna. W moczu dobrze spostrzegalny ślad białka, chlorki zmniejszone. Na kościach odnóg dolnych ślady krzywicy. Ciepłota 38·4°C. Rozpoznanie: *Pertussis subseq. pneumonia catarrhal. sin.* Napadów krztuśca średnio po 6 do 8 dziennie. 7 stycznia 1881 przestaje gorączkować, objawy zapalenia płuca ustępują. 10/1 występuje nagle skurcz palców na obydwu rękach, który obejmuje następnie mięśnie zginacza rąk a 11/1 także i przedramion. Kciuk zgięty ku dłoni swą dłoniową powierzchnią, brzuścem swym dotyka prawie wszystkich brzuśców reszty palców w stawach śródręczo-członkowych mocno, w członkowych tylko lekko zgiętych; albo też wysuwa się czasem pomiędzy palec wskazujący i średni tworząc t. zw. figę. Ręce w stanie zgięcia i pronacyi, przedramiona w stawach łokciowych pozginane. Chory żali się na ból dość znaczny wzmagający się przy dotykaniu; podaną bułkę chwyta stronami wyprostnemi ostatnich członków palcowych, lecz płacze skutkiem bólu, jaki mu ruch ten sprawia. Odnogi dolne zupełnie wolne, skurczem niezajęte. Przytomność zupełnie utrzymana, chory tylko niespokojny i płaczliwy, ciepłota prawidłowa, w tętnie zmian nie ma, sen spokojny, skurcz we śnie nie ustępuje. Dopiero 13/1 zauważono małe zwolnienie napięcia mięśni, które nazajutrz coraz bardziéj wolniało a 15/1 zupełnie ustąpiło. Ruchy wszystkie swobodnie wykonywa, podawane przedmioty w garść chwyta i nawet więcéj skomplikowane ruchy, jak np. związanie pętli, bez przeszkody wypełnia. Skurcz podobny więcéj dobrowolnie się nie powtórzył, chociaż można było wywołać go sposobem Trousseaua, aczkolwiek w słabym tylko stopniu i na czas bardzo krótki. Kaszel krztuścowy znacznie złagodniał, natomiast wystąpiło rozwolnienie utrzymujące się ciągle aż do opuszczenia zakładu przez chorego dnia 12 lutego. Z końcem kwietnia powrócił jednakże napowrót do szpitala z objawami nacieku gruźliczego płuca lewego poprzednio zapaleniem zajętego i drgawkami, śród których życie nagle zakończył. Przypadek ten opisano już pomiędzy przypadkami drgawek samoistnych, przypominam zatém tylko, iż sekcyja wykazała melanozę istoty korowéj mózgu znacznego stopnia i melanozę śledziony.

Pod względem etyjologii najprędzéj odnieść można wystąpienie tetanii w przypadku powyższym do skłonności skutkiem krzywicy i zboczeń w odżywieniu ogólném, sprowadzonych obecnością krztuśca i zapalenia płuca. Nagromadzenie barwika w korze mózgowéj mogłoby wprawdzie także przykurczenia sprowadzić, te nie byłyby jednak przemijającemi a wystąpieniu ich towarzyszyłyby i inne przypady ze strony narządu mózgowordzeniowego.

Porównywając przypadki tetanii przez nas zauważane, spostrzegamy, iż w dwu przypadkach na trzy wystąpiła u dzieci rasy semickiéj, skłonniejszéj w ogólności do chorób nerwowych, że pojawiła się zgodnie z spostrzeżeniami Soltmanna w miesiącach chłodnych i wilgotnych, że odżywienie nawiedzonych dzieci było podupadłe, choć nie okazywały właśnie w chwili wystąpienia napadu znaczniejszych zboczeń w trawieniu, że odnogi dolne przeważnie nie były zajęte, że objaw Trousseaua w dwóch ostatnich przypadkach dał się stwierdzić i że sekcyja wreszcie żadnych zmian makroskopowych w rdzeniu nie okazała, podczas gdy w mózgu napotkano raz przekrwienie a raz melanozę kory. (C. d. n.)

III. Toczeń żrący czyli wilk grudkowato-pełzający, długotrwały, uleczony.

Podał Dr. Józef Ulanowski w Lublinie.

Maryjanna Małtarzewska, lat 51 mająca, wdowa, która trzy razy rodziła, ostatni raz przed 19tu laty, w okresie zwrotu płciowego, gdyż miesiączkowanie co trzy lub cztery miesiące przychodzi, w dobrych warunkach zdrowotnych zostająca. W młodości przebywała wrzody niewielkie na goleniach, jak o tém świadczą pozostałe blizny, bardzo mizerna, blada, wycieńczona i osłabiona długotrwałym toczniem żrącym grudkowato-pełzającym, który ukazawszy się przed czterema laty na przedniéj górnéj części lewéj goleni, rozszerzył się z biegiem czasu prawie do połowy uda, zmieniwszy skórę i zostawiając blizny cechujące i oszpecające rozmaitego kształtu i głębokości oraz sprowadziwszy zesztywnienie stawu kolanowego do tego stopnia, że M. zmuszoną była te cztery lata przeleżeć w łóżku i czasem tylko używała ruchu krótkotrwałego (pół godziny dziennie) przy pomocy dwóch kul, stopa i dolna część goleni mocno obrzmiałe. Toczeń w chwili, gdy M. wezwała mnie w miesiącu lutym rb., znajdował się w okresie rozwoju czyli szerzenia i pełzania wyżéj na dalszą część uda, tworząc rowek okalający takowe, głęboki na pół cala, wężykowaty, wydzielający obficie ropę. Chora uskarżała się na częste bóle głowy, zawroty i zatrzymanie stolca, pochodzące prawdopodobnie w części z braku ruchu. Po zbadaniu stósowném, prócz blizn na goleniach, innych zjawisk charłactwa zołzowego nie znalazłem, również nie było najmniejszych śladów charłactwa gnilcowego i kiłowego, a tylko prócz choroby samoistnéj *Lupus tuberculososerpiginosus*, w okresie powyżéj opisanym, wyśledziłem przewlekły nieżyt oskrzeli. W takiém położeniu sprawy chorobowéj, uwzględniając, iż toczeń mógł się w danym przypadku rozwinąć na gruncie zołzowym, że M. znajduje się w okresie przechodnim, że nieżyt oskrzeli i zatrzymanie stolca sprawiają przypływy krwi do głowy i zawroty, i że w ostatnich czasach przetwory jodowe okazały się skutecznemi w leczeniu nieżytów przewodu oddechowego, uznałem za jedyne wskazanie, prócz opatrunku, zalecić używanie pigułek następujących: *Rp. Kalii jodati 7,50 Rad. Rhei optimi 7,50, Extr. Liquiritiae q. s. ut fiant pilulae 120. Consp. DS.* Trzy razy dziennie po trzy pigułki i do opatrunku raz na dzień maść: *Rp. Jodoformii 2,50, Acidi carbolici 0,72, Olei Eucalypti globuli 7,50, Vaselini 45,00.* Po wyżyciu téj ilości pigułek i maści stan choréj polepszył się widocznie, rowek okalający udo zrobił się płytszym, wydzielał mniéj ropy i szerzenie się w górę ustało, obrzmienie stopy i goleni mniejszeł, bóle głowy mniéj dokuczliwe, stolec normalny, po wyżyciu zaś pięciu takich ilości tak pigułek jak i maści, tj. w ciągu $2\frac{1}{2}$ miesięcy, toczeń prawie zupełnie zagojony, gdyż w jedném tylko miejscu jeszcze sączy się nadzwyczaj mało (zaledwie widzialna ilość) płynu ropiastego, chora bez kuli chodzi i zajmuje się robotą domową (jest służącą), gdyż zesztywnienie stawu kolanowego usunięte, obrzmienie stopy i goleni zmniejszone, nie kaszle, zjawiska nieżytu oskrzelowego znikły, nie uskarża się na bóle głowy i zawroty, wesoła, je, trawi i wygląda dobrze, bo przytyła przy odżywianiu ustroju dostatecznem. Półtora miesiąca upłynęło od czasu zupełnéj poprawy, a jednak powrotu choroby ani też śladu pogorszenia w czémkolwiek nie można dostrzedz, przeciwnie M. coraz lepiéj wygląda, chodzi i cieszy się względnie do wieku zdrowiem wcale dobrém.

Przypadek ten zasługuje na ogólną uwagę z kilku względów, a mianowicie: 1. że choroba (*Lupus*) znana ze swéj uporczywości (gdzie często nóż, żelazo rozpalone, galwanokaustyka, chlorek zynku, ciasto wiedeńskie, ciasto Landolfiego, kamień piekielny i pryszczydła nie przynoszą skutków pomyślnych), względnie dosyć szybko uleczoną została i to sposobem nieprzykrym dla choréj; 2. że chociaż w ciągu czterech lat M. była leczoną przez kilku renomowanych lekarzy, którzy wypróbowawszy też same środki (*Jodoform*, *Acidum carbolicum*) tylko w inny sposób stosowane, z wyjątkiem leczenia wewnętrznego przetworem jodu i domieszki, oleju rozdrębu gałeczkowatego do maści waselinowéj, chorą porzucali, uważając ją za nieuleczną; 3. że przypadek ten stwierdza także, iż przetwory jodowe leczą skutecznie cierpienia dróg oddechowych nawet w okresach przewlekłych.

Zapewne, że z jednego tego przypadku uleczenia pomyślnego, nie można przesądzać stanowczo skuteczności sposobu powyższego we wszystkich podobnego rodzaju cierpieniach, widząc jednak tak uderzające powodzenie w téj bardzo ciężkiéj i przewlekłéj chorobie u kobiety w okresie przechodowym, uważałem za pożyteczne zakomunikować szanownym kolegom, aby raczyli wypróbować sposób ten w szpitalach i praktyce prywatnéj i o wynikach, jakie nastąpią, w Przeglądzie Lekarskim zawiadamiać [1]).

IV. Oceny i sprawozdania.

F. König (Gietynga): **Prątki gruźlicze w obec badań klinicznych.**

Kilka lat zaledwie upłynęło od czasu, gdy lekarz wypowiadający, że gruźlica jest chorobą zakaźną na tle rozwoju pasorzytów polegającą, wyjątkowo tylko znajdował wiarę i posłuch u słuchaczów. A było to przecież zdanie, do którego musiał przyjść każdy pilnie badający klinicysta, jeżeli tylko zwracał uwagę na przebieg choroby. Zbyteczna dodawać, że najodpowiedniejszemi do spostrzeżeń w tym kierunku były przypadki, w których rozwijała się sprawa chorobowa na powierzchni ciała czy to w skórze czy téż w gruczołach powierzchownych lub wychodząc z nasad kostnych zajmowała stawy i ztąd wydobyła się na powierzchnię dostępną dla oka, zrządzając tam właściwe sobie zmiany; najwięcéj pouczającemi były przypadki, w których zabiegi lecznicze skłaniały lekarza do wdrażania w głąb kości i niszczenia tamże ognisk podstępnéj choroby. W tymto właśnie kierunku dozwalały najnowsze zdobycze chirurgii, raz pod osłoną leczenia antyseptycznego, to znowu w obec korzyści bezkrwawego sposobu operowania według metody Esmarcha, zbierać doświadczenia i badać sprawy gruźlicze w ustroju w takich warunkach, jakiemi zaledwie dotąd anatom patologiczny na zwłokach mógł rozporządzać. W te korzyści zaopatrzeni badali w ten sposób klinicyści, zwłaszcza Volkmann i sam autor, przebieg spraw gruźliczych i przyszli do przekonania, że wszystkie nazwą *tumor albus* objęte schorzenia są przyrody zakaźnéj a jako takie szerzą się w innych tkankach, będąc zrazu schorzeniem miejscowém; oni téż spostrzegli, że jak sprawy te dają z jednéj strony początek ogólnéj gruźlicy, pojawiają się częstokroć jako miejscowe cierpienie wśród ogólnego schorzenia gruźliczego. Zdania ich wywoływały pośród chirurgów najrozmaitsze zarzuty, najczęściéj bezpodstawne, lekarze chorób wewnętrznych prawie wcale się o nie nie troszczyli.

Takim był stan rzeczy przed odkryciem dokonaném przez Kocha; po tém odkryciu przeciwnicy lub obojętni zrazu dla téj sprawy jéj stali się zagorzałymi zwolennikami i ustał wszelki spór, czy suchoty płuc są natury gruźliczéj, czy na tém tle rozwijają się sprawy zapalne w gruczołach u zołzowych lub cierpienia stawów zwane *tumor albus*, a stało się niewątpliwém, że gruźlica jest chorobą zakaźną. Wpływ, jaki odkrycie Kocha wywarło, stanowi zadośćuczynienie dla chirurgów, gdyż wyniki ich badań, opartych na doświadczeniu klinicznem, podane zrazu w wątpliwość zyskały w tém odkryciu niewzruszoną podstawę. Tak tedy stanęli wszyscy zajmujący się badaniem spraw gruźliczych lub jéj istoty na jednéj drodze, mimo jednak, że sprawa sama zyska tym sposobem, nie można wcale spodziewać się odpowiednich korzyści z tego odkrycia, dających się zastósować w życiu praktyczném. Jeżeli znaczenie prątków gruźliczych w rozpoznawaniu schorzeń miąższu płucnego jest doniosłém, to dla chirurga jest ono zupełnie podrzędném, i smutném byłoby, gdyby chirurg, który ma tyle doświadczenia w sprawach gruźliczych, tyle razy sposobność badania naocznie, miał się uciekać do takiego środka rozpoznawczego. W bardzo nielicznych tylko przypadkach może wykazanie prątków i doświadczenie przedsięwzięte na zwierzęciu uchylić pewne wątpliwości rozpoznawcze. Nikt nie powinien sądzić, że odkrycie Kocha i zastósowanie tegoż rzuci światło nie tylko na genezę choroby, lecz wpłynie również na sposób leczenia, a w tém przekonaniu porzucił drogę doświadczenia leczniczego, którą dotąd postępowano; zapatrywanie tego rodzaju byłoby niewątpliwie wielce szkodliwém dla sprawy a następstwa odkrycia prątków nazwaćby raczéj wypadało krokiem wstecznym. Badanie historyi naturalnéj prątka winno odbywać się niejako w ustroju człowieka a doświadczenie na zwierzęciu ma rzecz w tym kierunku daléj posuwać. Ale i w tém badaniu należy się wystrzegać jednostronności; jak z wyłącznego badania owrzodzeń w skórze lub spraw gruźliczych w gruczołach, tak téż z wyłącznego zwrócenia uwagi na miąższ płucny nie można kreślić dokładnego obrazu choroby i uważać te spostrzeżenia za podstawę badań nad przebiegiem tego zakażenia. Jeżeliby np. chciano obraz suchot płucnych uważać za typowy przebieg zakażenia, to snadnie możnaby zostać w błąd wprowadzonym przez wikłające się ze sprawą suchot sprawy gnilne i tego samego spodziewać się można, gdyby za typowy uznano przebieg owrzodzeń i zapaleń skóry lub gruczołów. Przecież t. zw. gorączka gruźlicza zawdzięcza swe powstanie jedynie tym powikłaniom. Odpowiedź na pytanie najważniejsze dla ludzkości znajdzie się przy staraniach obustronnych, chirurdzy działali już nawet w t m kierunku jakkolwiek z rezultatem ujemnym; już przed odkryciem Kocha wiedzieli oni, że jad gruźliczy opiera się zwykłym środkom antyseptycznym, ani gorące nadzieje Karola Hütera, że kilka kropel silnego rozczynu karbolu wystarczy do zniweczenia ognisk z jadem gruźliczym ani doświadczenia przez zlewanie i wymywanie ognisk gruźliczych nie odniosły żadnego skutku; tém mniéj się go téż można spodziewać po wewnętrznem stósowa-

[1]) Nam się nasuwa uwaga, czy nie należałoby uważać przypadek powyższy za objaw zakażenia kiłowego, za któ em niektóre szczegóły bardzo przemawiają. Jako przypadek liszaja żrącego wyleczonego za pomocą jodku potasu obok zewnętrznego stosowania jodoformu w połączeniu z kwasem karbolowym i olejkiem rozdrębu gałeczkowatego, zasługiwałby on na szczególną uwagę i zachęcić powinien, idąc w myśl autora, do powtórzeń.
Uwaga Red.

niu tych środków. Zdaniem autora nie jest jeszcze rozstrzygniętém, czy działanie jodoformu po dosadnéj operacyi należy w obec tworów gruźliczych uważać za swoiste; chirurgija liczy się dotąd z tym tylko pewnikiem, że po usunięciu wybujałości gruźliczych za pomocą noża, ostréj łyżeczki, środka żrącego lub metalu rozżarzonego niszczy się gruźlicę miejscowo. Tak tedy odkrycie stanowiące epokę wyda dopiero po zjednoczonych usiłowaniach bakteryjologów i klinicystów błogie dla ludzkości następstwa. (*Cbl. für Chirurg.* Nr. 22, 1883). *Dr. Schaitter.*

Councilmann: **O warunkach ropienia.**

Jak słupy pomnikowe wznoszą się wśród ogromu nabytków wiedzy lekarskiéj z ostatnich dwóch dziesiątków lat nauka o ropieniu i bakteryjologija. Jedna i druga nadały całkiem odmienne wejrzenie naszéj nauce, wpływ ich na pojmowanie spraw chorobowych nie znajduje sobie podobnego w dziejach medycyny. Naturalném następstwem rzeczy zwróciły się dziś umysły do wyszukania związku domyślnego między pasorzytami a tą sprawą, która w ogóle znamionuje zapalenie właściwe, t. j. ropieniem. Czy do powstawania ropienia konieczne są bakteryje czyli téż nie? Tak postawione pytanie jest niesłychanéj wagi i nie dziw téż, że coraz to częściéj spotykamy się z pracami, które mniéj lub więcéj szczęśliwie na nie odpowiadają. Dziś przychodzi mi zdać sprawę z pracy wykonanéj w pracowni lipskiéj przez Dra Councilmana. Z tém większą czynię to gotowością, ile że metoda, którą się C. posługiwał, jest **zupełnie identyczną**, ze sposobem, którego sam używałem przy poszukiwaniach w téj saméj kwestyi jeszcze w r. 1880, w czasie gdy pracowałem pod okiem prof. Ponficka we Wrocławiu. C. opisuje szczegóły téj metody, jakby dotąd nieużywane i nieznane [1]) Jeśli nas pamięć nie myli, to blisko dwa lat temu Uskow wystąpił z twierdzeniem na doświadczeniach opartém, że do rozwinięcia się ropienia nie są konieczne bakteryje. Wkrótce pojawia się praca Orthmana (*Virch. Arch.*, t. XC., str. 549) wykazująca wprawdzie liczne niedostatki doświadczeń Uskowa, w zasadzie jednak również wypowiadająca myśl, że istnieje kilka chemicznych ciał zdolnych bez współudziału bakteryj sprowadzić ropienie. Zarzut jednakowoż, jaki można i pracy O. czynić, jest tego rodzaju, że kwestyjonuje najważniejsze wyniki, możebną bowiem jest rzeczą, że mikroorganizmy już po uskutecznionèm doświadczeniu dostawały się do ustroju zwierzęcia przez kanał, którym wstrzyknięto płyn podskórnie!

Otóż metoda, jakiéj użył C. za poradą, jak pisze, Cohnheima, a o któréj wiedziano i którą wykonywano jak wspomniałem, w pracowni Ponficka już w r. 1880, jest w istocie wolną od wszelkiego zarzutu. Polega zaś na tém: cieniutką szklaną rureczkę zatapia się na jednym końcu a przez drugi wpuszcza się przy pomocy cieniutkiéj pipety kilka kropel płynu, według C. mięszaninę 1 cz. olejku krotniowego i 5 części *ol. olivar.* Przed każdém napełnianiem ogrzewano płyn do wrzenia i przygotowywano świeżo pipetę i rureczkę szklaną. Po napełnieniu zaś rureczki szklanéj zatapiano jéj wolny koniec nad lampką. Rurkę tę 2—3cm. długą wprowadzono w tkankę podskórną królika, naciąwszy ostrożnie wprzód skórę [2]). Autor wykonał szesnaście doświadczeń na 7 królikach. Rana, czasem kilku szwami spojona, szybko się zabliźniała a rurka znajdująca się w tkance podskórnéj była łatwo zawsze wymacalną i przesuwalną. Po kilku dniach, nieraz dopiero we dwa tygodnie, zmiażdżono rurkę naciskając palcem na nią przez skórę nietkniętą. W miejscu zmiażdżonéj rurki powstawała w ciągu paru dni chełbocąca wyniosłość, która za nacięciem okazała się jako **ropień**. Badanie wydobytéj ropy ze względu na obecność mikrokoków, wydaje ujemny wynik, niemniéj i otoczenie ropnia było całkowicie od grzybów wolne. Na uwagę zasługuje doświadczenie próbne, w którém użyto zamiast olejku krotniowego rozczynu jednoprocentowego soli kuchennéj. Po zmiażdżeniu rurki wcale nie rozwinęło się ropienie, lecz w miejscu tém powstał twardy guz, w którym po nacięciu znaleziono szczątki szkła otorbione zbitą tkanką łączną.

C. wysnuwa ze swych doświadczeń wolnych, jak sądzi, od zarzutów, wniosek że do sprowadzenia sprawy zapalnéj ropnéj (ropnego zapalenia) nie potrzeba obecności ani współdziałania mikroorganizmów, lecz że niektóre istoty chemiczne jak olejek krotniowy własność tę posiadają. Okoliczności te wcale nie sprzeciwiają się znanym faktom, tak w chirurgii jak i w medycynie wewnętrznéj napotykanym, że większa część spraw ropnych na wpływach zakaźnych polega. (*Virch. Arch.* t. 92, z. 2).

O ile powyższe wyniki odmienne są od tych, do których sam doszedłem, widoczném jest ze sprawozdania z owego posiedzenia Tow. lek. lwowsk., na którém doświadczenia własne omawiałem. *Dr. Pisek.*

N. Weiss: **O patologii i anatomii patologicznéj tężyczki.**

Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego wiedeńskiego zestawił W. 13 przypadków tężyczki (tetanii), które się rozwinęły po wyłuszczeniu gruczołu tarczykowego. Z tego zestawienia okazało się, że tężyczka spostrzeganą była zawsze tylko u osób młodych płci żeńskiéj po całkowitém wyłuszczeniu gruczołu tarczykowego, że choroba zaraz w pierwszych dniach po operacyi (najpóźniéj w 10 dni) występowała, że tylko w 8 przypadkach spostrzeżono porażenie lub niedowład nerwu wstecznego, i że wreszcie w 5 przypadkach nastąpiło wyleczenie, a w 7 zejście śmiertelne (w 2ch przypadkach z pewnością skutkiem tężyczki), a w jednym przypadku istnieją już od lat 3ch jeszcze dotąd bez przerwy objawy tężyczki.

Zdaniem prelegenta istnieje związek przyczynowy pomiędzy wyłuszczeniem gruczołu tarczykowego a następową tężyczką. Jako anatomiczne zaś podścielisko choroby uważa ciągły, a w chwili napadu potęgujący się stan podrażnienia w przednich rogach szaréj istoty rdzenia pacierzowego i przedłużonego.

Za przyczynę tego podrażnienia szaréj istoty podaje autor z jednéj strony możebność powstania przekrwienia w rdzeniu pacierzowym przez podwiązanie dolnych tętnic tarczykowych i zwiększenie się przez to dopływu krwi do tętnic kręgowych, — z drugiéj zaś strony uważa za bardzo prawdopodobne, że drażnienie obwodowych nerwów sympatycznych, wywołane przez podwiązanie tak licznych tętnic, pociąga za sobą także podrażnienie ośrodków dla naczyń mięśni szyi i rdzenia przedłużonego, że koniecznem następstwem tego jest stan podrażnienia szaréj istoty owych części rdzenia.

Jako podstawę anatomiczną téj choroby uważa W. zmiany w szaréj istocie rdzenia pacierzowego, przez niego spostrzegane w 3 przypadkach. Zmiany odnoszą się do ko-

[1]) O wynikach méj pracy, nieogłoszonéj drukiem z przyczyn odemnie niezależnych, wspomniałem w streszczeniu na jedném z posiedzeń Tow. lek. galic. blisko przed pół rokiem.

[2]) Daleko stosowniejszém zwierzęciem do tych doświadczeń jest pies, jak miałem sposobność przekonać się, z królików tylko silniejsze i starsze.

mórek zwojowych w przednich rogach szaréj istoty w części szyjnéj rdzenia pacierzowego, a polegają na nabrzmieniu komórek zwojowych i boczném wyparciu ich jąder, na wytworzeniu się jameczek (*vacuolae*) w komórkach zwojowych i ich wypustkach, wreszcie na zaniku tychże i pomarszczeniu się ich pierwoszczy oraz zmniejszeniu i spłaszczeniu jąder. Zmiany te mają swą siedzibę w części szyjnéj rdzenia pacierzowego, najwybitniéj zaś występują w wysokości 5go i 6go korzenia szyjnego. Nadto znajduje się wyraźne po części wrzecionowate nabrzmienie włókienek osiowych w przednich włóknach korzeniowych.

Podobne zmiany z wyjątkiem zaniku komórek zwojowych stwierdzić się dały w drugim przypadku, w którym tężyczka po 15 dniach ustąpiła. W ostatnim przypadku, w którym choroba tylko 2 dni trwała, wykazać można było tylko nabrzmienie pojedyńczych komórek zwojowych i przednich włókien korzeniowych obok wyraźnego przekrwienia istoty szaréj.

Obraz ten anatomiczny może być tylko pojętym jako wyraz istniejącego podrażnienia komórek zwojowych, leżących w przednich rogach rdzenia pacierzowego. Prelegent nie rozstrzyga, czy drażnienie to polega na przekrwieniu istoty szaréj, czy też na zapaleniu téjże w skutek *neuritis ascendens*, podnosi tylko tę okoliczność, że tężyczkę nie należy zaliczać w poczet nerwic, lecz do schorzeń szaréj istoty rdzenia pacierzowego.

Billroth w dyskusyi nad tym przedmiotem — napomknąwszy, że należy ściśle odróżnić tężyczkę od tężca, (*tetanus*) a wyróżnia ją od tegoż: 1. brak szczękościsku, 2. przyczyna powstania (nie pojawia się przy zranieniach odnóg), 3. o wiele pomyślniejsze rokowanie, niż w tężcu, — nie podziela wcale zapatrywania, aby zaburzenia w krążeniu mogły wyniknąć w skutek podwiązania tętnic tarczykowych i być przyczyną tężyczki. Natomiast przyznaje, że przecięcie licznych nerwów śród wyłuszczania gruczołu tarczykowego może zostawać w związku przyczynowym z tężyczką, ale tylko u osób z usposobieniem do téj choroby. Obraz anatomiczny wskazuje, zdaniem Billrotha, szerzenie się zaburzenia w odżywianiu od obwodu do ośrodków nerwowych, a mianowicie drogą włókienka osiowego.

Prof. Rosenthal wspomniawszy, że wytwarzanie się jameczek przydarza się już to w najróżnorodniejszych schorzeniach rdzenia, powstałych na tle zapalenia, już też jest wrodzoném jako oznaka wady rozwojowéj, — oświadcza się również za zdaniem, że zapalenie nerwów w skutek urazu powstałe może się posunąć aż do rogów przednich rdzenia pacierzowego. Wytworzenie się tamże jameczek zanik komórek zwojowych jest więc tylko produktem zapalenia. (*Wiener med. Presse*, 1883, Nr 23). *Dr. Prus.*

O. Chiari (Doc. we Wiedniu): **O nawykowych krwotokach nosowych i ich leczeniu.**

Krwotoki nosowe, przypadłość bardzo częsta, bywają zazwyczaj leczone bez pomocy lekarskiéj i jedynie w uporczywych przypadkach uciekają się do niéj chorzy. Środki używane w tych razach działają tamując krwotok chwilowo, nie zapobiegają zaś wcale jego powrotowi a najczęściéj używa się w tym celu przestrzykiwań lub wsiąkań płynów o własnościach tamujących krew lub tamponowania tak, że po pewnym czasie krwotok znowu się pojawia śród sprzyjających okoliczności. Chcąc stanowczo skutecznie zapobiedz powrotowi krwotoku należałoby wynaleść miejsce broczące i odpowiednio miejscowo zadziałać. Rzadko jednak udawało się to a jeszcze najczęściéj w przypadkach owrzodzeń, nowotworów unaczynionych znacznie lub w skaleczeniach. W innych znowu razach mało się zważa na krwotoki nosowe a to zazwyczaj w obec rozwiniętego usposobienia do krwotoków jak w przebiegu białaczki, gnilca, schorzenia Werlhoffa i krwawiączki, w których pojawiają się krwotoki z innych błon śluzowych a nawet wśród miąższu narządów. Są jednak osoby, które doznają dość często krwotoków nosowych znaczniejszych, nie będąc wcale dotkniętemi jedną z chorób przytoczonych a pomimo, że w tych przypadkach należy się spodziewać, że źródłem krwotoku jest miejsce ograniczone, nie udawało się tak często nawet w tych przypadkach wynaleść miejsce broczące i zapobiedz ponownemu wystąpieniu. W kilku przypadkach przytoczonych w literaturze powstrzymywano tego rodzaju krwotoki przez przyżeganie galwanokauterem, azotanem srebrowym nawet przez ucisk na tętnicę wargi górnéj, która oddaje gałązkę do przodkowéj części jamy nosowéj a Hartmann wspomina o pięciu przypadkach, w których mu się udało znaleść miejsce broczące. Na podstawie doświadczenia wyrobił on sobie przekonanie, że: 1) miejsce dobrowolnie broczące znajduje się najczęściéj w przodkowéj części jamy nosowéj lub na dnie téjże; 2) miejsce to można zawsze prawie znaleść lub przynajmniéj przekonać się, z któréj części jamy nosowéj krwotok pochodzi; 3) krwotok taki zatamować można przez ucisk, wywarty wprost na miejsce broczące za pomocą zwitka waty lub też za pomocą wytamponowania całéj jamy nosowéj watą, chociaż tym sposobem można wywołać zapalenie ucha środkowego. Przyczyną uporczywości takich krwotoków ma być zdaniem jego okoliczność, że naczynie broczące znajduje się w kości, dla tego to samo zatamowanie jest tak utrudnione. W przebiegu przewłocznego nieżytu nosa powstają krwotoki zwłaszcza u dzieci z przodkowéj części muszli środkowéj lub dolnéj, autor nie wspomina jednak, czy to spostrzeżenie odnosi się do owych nieznacznych śladów krwi pojawiających się w przebiegu nieżytu, czy też do krwotoków znaczniejszych występujących w tém cierpieniu. Krwotoki po urazach lub skaleczeniach muszel, jak np. po odjęciu polipów, ustają zazwyczaj po przestrzykaniu zimną wodą, krwotoki zaś nawykowe, pojawiające się u ludzi całkiem zresztą zdrowych, pochodzą z przegrody nosowéj, są najczęściéj dobrowolne i rzadko tylko bywają następstwem drapania paznogciem. Mimo, że ci chorzy unikają trwożliwie wszelkiego drapania pojawiają się te krwotoki, małe owrzodzenie nie goi się pomimo szanowania i to właśnie wskazuje, że to miejsce przegrody znajduje się w pewnych dla zagojenia się niekorzystnych warunkach. Autor obserwował 12 przypadków tego rodzaju, z tych przypadło 9 na mężczyzn a 3 na niewiasty. U wszystkich tych chorych pojawiały się krwotoki od kilku lub kilkunastu lat, u kilku występowały przez kilka tygodni codziennie, w trzech przypadkach sprowadziły nawet niedokrewność dość znaczną. Najbliższą przyczynę stanowiło kichnięcie, siąkanie lub nieznaczny uraz, ale i bez znanego powodu, nawet wśród snu, niepokoiły one chorych a to tylko z jednego otworu tak, że wszystko wskazywało na przyczynę ograniczoną do jednego miejsca, które też we wszystkich tych przypadkach znaleść było można. Leżało ono w przodkowéj części na przegrodzie chrzęstnéj lub na granicy téjże i przegrody błoniastéj, przy dokładniejszém badaniu można je było rozpoznać jako mały przeczos pokryty ciemnym strupkiem, po odjęciu którego krew jedno-

stajnie sączyć się zaczynała. Niekiedy można było spostrzedz, że strupek ten znajdował się w okolicy żyłki przeglądającéj z pod błony śluzowéj. Wywierając ucisk na to miejsce można było powstrzymać krwotok chwilowo, gdy przyżeganie galwanokauterem lub żelazem rozpaloném usuwało krwotoki raz na zawsze nie sprawiając chorym znaczniejszego bólu. Azotan srebrowy sprawiał strupki zbyt powierzchowne, gdy przeciwnie blizna wytwarzająca się po przyżeganiu galwanokauterem była środkiem tamującym krwotok raz na zawsze; z tegoto powodu zasługuje ten środek na większe uwzględnianie niż dotąd. Tylko w dwóch przypadkach widziano w miejscu broczącém małą narośl, którą zapewne należy uważać za mały naczyniak; zachodzi więc pytanie, w czém leży przyczyna usposabiająca naczynia przegrody nosowéj do tych uciążliwych krwotoków. Hartmann sądzi, że wychodzą one wprost z kości, nie mogą przeto uledz tak łatwo zamknięciu (*Über Nasenblutung, Nasentamponade etc. Zeitschrift f. Ohrenheilk.* T. 10. II część), zdaniem autora przyczynę stanowi silne przyczepienie błony śluzowéj w tém miejscu do podstawy kostnéj, co sprawia, że błona ta jest wcale nieprzesuwalną w pojedyńczych swych warstwach, może nadto ma się tutaj do czynienia z drobnemi żylakami. Sposób leczenia stósowany jak opisano nie przynosił chorym nigdy żadnéj szkody, owszem bóle głowy, które się pojawiały przed lub po krwotoku ustawały zupełnie a chorzy ci nieraz bardzo niedokrewni przychodzili rychło zupełnie do zdrowia. (*Allg. W. med. Zeitg.* Nr. 24, 1883).

Dr. J. Schaitter.

Garnier L. (Nancy): **O lokalizacyi arsenu w wątrobie.**

Od dawna uchodziło za pewnik, że tak w przewłoczném jakotéż ostrém otruciu przetworami arsenu, należy przedewszystkiém poddawać badaniu chemicznemu wątrobę, gdyż tam gromadzi się największa stosunkowo ilość tego środka. Wyniki jednak doświadczeń Skołozubowa (*Arch. de physiol. normale et pathol.*, 1875), który znachodził u zwierząt trutych 4 razy mniejszą ilość arsenu w wątrobie aniżeli w mózgu i rdzeniu pacierzowym i zgodne z niemi doświadczenia Cailola de Poncy i Livona przedstawiły rzecz w odmiennem świetle (*Compt. rend. Acad. des sciences*, I. 1879). Wzgląd na praktyczne zastosowanie tych wyników pobudził już dawniéj prof. Ludwiga w Wiedniu do powtórzenia doświadczeń w tym kierunku i sprawdzenia tych *a priori* nieprawdopodobnych podań. Otóż Ludwig doszedł do rezultatu wprost przeciwnego, nietylko, że polecił poddawać wątrobę badaniu chemicznemu, jak to dawniéj robiono, ale nadto wykazał, że w wątrobie można go znaleźć po dłuższym czasie aniżeli w kościach (ob. Przegląd. Lek., 1879, Nr. 48). Pomimo, że Ludwig ogłosił swoją pracę w tym czasie, nie przeszły wcale jéj wyniki do powszechnéj wiadomości, bo nawet w najnowszém dziele zbiorowém Maschki nie czyni Seidel (Tom II str. 232 i nast.) o niéj wcale wzmianki. Garnier podjął jeszcze raz doświadczenia tego rodzaju i stwierdził niemi najzupełniéj wyniki podawane przez Ludwiga. Już Orfila wiedział, że trucizny nieorganiczne gromadzą się niejednostajnie w narządach a wiadomość ta skłoniła go do ustanowienia skali, w któréj pierwsze miejsce zajmuje wątroba a mózg dopiero szóste z kolei; Flandin i Danger mówili pierwsi o lokalizacyi trucizn, obejmując tym wyrazem jedynie względny stosunek pomiędzy ilością trucizny, otrzymaną z pewnego narządu z jednéj strony, a zasobem w soki i działaniem wydzielniczém tegoż z drugiéj strony, nie mając wcale na myśli jakiegoś osobliwego powinowactwa trucizn z pewnemi narządami. Tablica dołączona do pracy Garniera obejmuje daty z doświadczeń jego własnych, Ludwiga, Rittera i Schlagdenhauffena i na téj podstawie przychodzi G. do wniosku, że tak w przebiegu otrucia ostrego jak i w przewłocznem zawiera wątroba najwięcéj odsetków arsenu. Jak Skołozubow uciekał się w tłumaczeniu faktów przez siebie podanych do przypuszczenia, że arsen zastępuje w lecytynie miejsce rodnia kwasu gliceryno-fosforowego jako kwas gliceryno-arsenowy, tak i on mógłby twierdzić, że w komórkach wątrobowych wchodzi arsen w połączenie z istotą białkową; zdaniem jego jednak nie można sobie wyobrażać, że rodnie pierwiastków zastępują się nawzajem w składzie komórek wchodzących w budowę narządów dopóki się takich połączeń jak lecytyn z rodniem arsenu zamiast fosforu nie odosobni i nie podda rozbiorowi chemicznemu. Tak kwas arsenawy jak arsenowy nie tworzą z białkiem połączeń nierozpuszczalnych a wśród krążenia napotykają na rozmaite sole, wśród których znajduje się przedewszystkiém wapno jako rodzeń zasadowy; w tych warunkach może powstawać podwójny rozkład a jako rezultat arsenian i arsenin wapniowy, które teraz, porwane prądem krwi, mogą być składane w narządach i tkankach i to w ilościach stojących w prostym stosunku do obfitości, w naczynia zaś w odwrotnym do szybkości krążenia, jakto ma miejsce po wstrzyknięciu ciał obcych drobno podzielonych do krwi, np. barwików. Narządem tego rodzaju jest właśnie wątroba, gdyż w niéj obok wielkiéj ilości naczyń znajduje się i drugi warunek, mianowicie krążenie odbywa nader powoli. Przypuszczenie takiego rozkładu zyskuje podstawę w doświadczeniach Roussina i Ludwiga, które wykazały, że kości zatrzymują arsen przez długi przeciąg czasu w połączeniu z wapniem. Jestto spostrzeżenie analogiczne do spostrzeżenia uczynionego przez Mackiewicza, że po wstrzykiwaniach podskórnych octanu zynkowego znajduje się znaczny odsetek tego metalu w tkance kostnéj. G. przekonał się, że płuca zawierają zazwyczaj zaledwie ślady arsenu już to z powodu szybkości krążenia krwi w tym narządzie, już téż to z powodu przewagi oddziaływania kwaśnego w miąższu płuc, co wpływa naturalnie niekorzystnie na złożenie się arsenianu wapniowego. Przeciwnie oddziaływanie obojętne lub alkaliczne przeważa w wątrobie i dla tego też może tutaj być złożoną większa ilość tego połączenia. Powyższe rozumowanie jest tylko teoretyczném, w każdym razie nie gorszém od tego, które opiera się na przypuszczeniu lecytynu arsenikalnego; ma ono nawet wyższość nad ostatniém z powodu, że wątroba jest narządem, który większą ilość arsenu resorbowanego w przewodzie pokarmowym, najpierw napotyka za pośrednictwem żyły bramnéj, powtóre, że wątroba jest gruczołem i to największym w organizmie, a po trzecie, że w mózgu nie można na drodze chemicznéj wykazać nieraz ani śladu arsenu lub tylko minimalne ilości. (*Annales d'hygiène publ. et de méd. légale*, 1883, str. 310).

Dr. I. Schaitter.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie.

Posiedzenie zwyczajne Sekcyi lwowskiéj Tow. lek. galic. z dnia 12 maja 1883 r.

Przewodniczący kol. Rieger. Członków obecnych 19.

1) Odczytano protokół z ostatniego posiedzenia i przyjęto.

2) Kol. Ziembicki (syn) przedstawia chłopca, u którego przed miesiącem wykonał litotomiję. Badanie przez odbytnicę wykazało kamień wielki, gruczoł przyprątny bardzo mało rozwinięty u chorego gorączkującego. Z tych powodów nie wykonał litotrypsyi lecz cięcie wysokie. Następnie opowiada przypadek, gdzie kaniulę kauczukową z tchawicy wyjął i dla tego nie radzi używać kauczukowéj kaniuli, która łatwo pęka i kruszy się. — Kol. Schattauer wspomina, że już przed kol. prelegentem prof. Nagel we Lwowie kilka razy robił cięcie wysokie u dzieci również i ś. p. Szeparowicz. Opowiada następnie obszernie całą historyję cięcia wysokiego i wykazuje, że takowe uważać należy jako najwłaściwszy i najprostszy sposób wydobywania kamieni pęcherza i że przy użyciu metody antyseptycznéj najpewniéj zapobiedz można wszelkim niebezpiecznym powikłaniom pooperacyjnym.

3) Kol. Longchamps (syn) przedstawia mężczyznę, u którego przed 5 tygodniami wyciął na tyłogłowiu mięsak, który się wytworzył na czepcu.

4) Kol. Krówczyński przedstawił przypadek choroby skórnéj, którą na pierwszy rzut oka trudno rozpoznać. Chorobą tą jest *herpes* w formie rozsianéj, który śród leczenia hydropatycznego często występuje.

5) Kol. Laskiewicz okazał preparat drobnowidowy z przypadków przedstawionych przez kolegów Schattauera i Mehrera. Jest to *rhinoscleroma Hebrae* i *scleroderma*; wyjaśnia w krótkich słowach zmiany patolog. i zwraca uwagę na literaturę.

6) W rozprawie nad owaryjotomiją wykonaną przez kol. Ziembickiego zapytuje kol. Gostyński, w jakim czasie chora umarła, co było przyczyną śmierci, i w jaki sposób z szypułką postępowano? Kol. prelegent odpowiada, że chora umarła w skutek *peritonitis septica* w 24 godzin a szypułka była ujętą w klamrę i przed raną utwierdzoną. Kol. Schattauer zwraca uwagę na historyję owaryjotomii i oświadcza, że jakkolwiek *peritonitis myxomatosa* usposabia do *peritonitis septica*, to przecież wyczyszczenie jamy otrzewnowéj z masy śluzakowéj w obecnym przypadku mogło być dokładniejsze a zastosowanie środków antyseptycznych energiczniéj przeprowadzone.

7) W sprawie odczytu kol. Merunowicza zabierało wielu kolegów głos a kol. Rieger odczytał wnioski Rady zdrowia, które właśnie w téj saméj sprawie do miast mają być wystosowane. Następnie wybrano kolegów: Czyżewicza, Merunowicza i Seifmana, którzy mają zająć się opracowaniem wniosków Merunowicza, z wyjątkiem wniosku co do budowy tanich mieszkań a pracę swoją wprost Radzie m. przesłać.

Na tém posiedzenie zakończono. *Dr. Pawlikowski.*

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 10—16 czerwca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 29,0. Z ospy umarło 2 (0 z. t.); z płonicy 4 (1 z. t.); z duru brzusznego 0 (2 z. t.); z gorączki połogowéj 1 (0 z. t.); Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku płonicy, 1 odry, 1 duru brzusznego, 2 duru osutkowego. W tygodniu od 3—9 czerwca umarło w Londynie z ospy 3, leczyło się w szpitalach 77, świeżo zapadło 11. W Amsterdamie, Warszawie i Madrycie umarło po 3, w Budapeszcie 4, w Brukseli, Walencyi i Baltimore po 5, w Petersburgu 6, w Pradze 9, w Bombaju 17, w Paryżu 21, w Nowym Orleanie 52. W marcu i kwietniu panowała ospa w Madrasie i Kalkucie. Odra panuje w Pradze, Londynie, Glasgowie, Liverpolu. Durzyca częściéj się pojawia w Pradze, Paryżu i Aleksandryi. Z cholery umarło od 13—19 maja w Baltimore i San Francisco 1, w Bombaju od 9—15 maja 25, w Kalkucie od 15—21 kwietnia 145.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 3—9 czerwca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 30,1; w Warszawie 35,1; w Poznaniu 29,8; w Wiedniu 32,1; w Budapeszcie 31,8; w Pradze 44,6; w Tryjeście 25,9; w Berlinie 33,7; w Wrocławiu 38,6; w Kolonii 38,8; w Gdańsku 23,6; w Mnichowie 37,3; w Dreźnie 25,8; w Lipsku 31,5; w Bazylei 19,1; w Brukseli 25,0; w Amsterdamie 27,2; w Hadze 28,5; w Paryżu 27,4; w Londynie 18,5; w Kopenhadze 20,6; w Stokholmie 22,1; w Chrystyjanii 20,0; w Petersburgu 33,5; w Odesie 35,2; w Wenecyi 22,1; w Bukareszcie 24,4; w Madrycie 48,3; w Lizbonie 26,3; w Aleksandryi 33.4: w Nowym Jorku 31,4; w Filadelfii 21,1; w Bombayu 28,5; w Madrasie 34,1. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 27 czerwca. Wydział lekarski na posiedzeniu w d. 22 bm. odbytém wybrał dziekanem na rok przyszły prof. Piotrowskiego, a Dra Lesława Gluzińskiego zamianował asystentem przy katedrze fizyjologii na dalsze dwa lata.

* Były asystent prof. Bryka Dr. Wilhelm Strzechowski wstąpił do armii czynnéj jako lekarz starszy i przydzielony został do szpitala garnizonowego w Ołomuńcu.

* Skład Wydziału lekarskiego czeskiego w półroczu zimowém będzie mniéj więcéj następujący. Anatomiję opisową wykładać będzie prof. nadzw. Steffal, fizyjologiję Tomsa(?), anatomiję patologiczną Hlava, który niebawem ma być mianowany prof. nadzw., patologiję ogólną Spina, klinikę lekarską Eiselt, chirurgiczną Weiss, okulistykę Schöbl, położnictwo Streng, choroby skórne Janovsky, prof. chemii lekarskiéj ma zostać rodak nasz Horbaczewski, farmakologiję ma wykładać zastępczo farmaceuta Jandouš, przełożonym polikliniki będzie Maixner w charakterze prof. nadzw.; o katedrę medycyny sądowéj ubiegają się dotąd trzej kandydaci: Bělohradský i Hněvkovský, byli asystenci prof. Maschki i lekarz powiatowy Reinsberg; o ile wiemy, ma największe szanse Dr. Hněvkovský.

* W Cieplicach czeskich bawiło dotąd gości kąpielowych 3818, w Krynicy 288, w Lubaczowicach 337.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. n. lek. w Uniw. Jagiell. otrzymali pp. Adam Dobruchowski rodem z Warszawy, Wojciech Fiałkowski, rodem z Wróblika szlacheckiego w Galicyi, Henryk Maurycy Markiewicz rodem z Krakowa, Józef Jelita Kisielewski rodem z Paleśnicy i Julijan Dadlez rodem z Żółkwi.

* **Nekrologija.** W Topoli pod Łęczycą umarł Dr. Włodzimierz Dybek. Wnuk Jana, lekarza 7go pułku piechoty koronnéj a po matce wnuk Jerzego Krystyjana Arnolda, słynnego lekarza i radcy nadwornego przy królu Stanisławie Auguście, syn Andrzeja, naczelnego lekarza wojsk polskich i profesora chirurgii w Warszawie, urodził się śp. Włodzimierz Dybek w Warszawie w r. 1824, stopień Dra medycyny uzyskał w r. 1847 w Berlinie, praktykował w Warszawie a od r. 1857 do 1864 był tamże profesorem patologii i terapii ogólnéj; wywołany z kraju powrócił dopiero w r. 1870 do Warszawy, późniéj osiadł w Topoli. Oprócz kilku drobnych rozprawek napisał wykład terapii ogólnéj.

W Szczawnicy umarł d. 23 bm. Dr. Aleksander Kryda, były docent chemii lek. w Uniw. Jagiell., następnie lekarz zdrojowy w Szczawnicy, licząc lat 56. — W Jaroszynku na Podolu umarł Dr. Jan Jachimowicz; urodzony w Bielcu w Galicyi wschodniéj, szkoły kończył w Olesku, Złoczowie, Lwowie i Wiedniu, gdzie uzyskał stopień doktora; złożywszy następnie egzamin ponowny w Charkowie osiadł na Podolu, a przed miesiącem obchodził 50-letni jubileusz zawodu praktycznego.

Piśmiennictwo lekarskie. T. H. Huxley. Wykład biologii praktycznéj. Przetłumaczył August Wrześniowski. Warszawa, 1883. (Dziełko obejmuje 271 stronnic, cena 1 rs.)

Pojawienie się powyższego dziełka znakomitego zoologa angielskiego w polskim przekładzie witamy z prawdziwém zadowoleniem. Wykłady bowiem praktyczne biologii, ułożone na podstawie długoletniéj praktyki nauczycielskiéj mistrza w przedmiocie, mają niepospolitą wartość i dla kształcącéj się młodzieży i dla urządzających praktyczne kursa tego przedmiotu. Wedle oświadczenia samego autora mają one posłużyć jako przewodnik w pracowni dla tych, którzy w zakładaniu fundamentów wiedzy bijologicznéj zamierzają tą samą jak on postępować drogą. A jest to droga nadzwyczaj prosta i krótka i dla tego wątpić nie można, że każdy początkujący chętnie ją obierze i bez trudu a z wielką korzyścią odbyć potrafi.

Huxley unikał w swym wykładzie biologii nagromadzenia szczegółów i czczych uogólnień, przygnębiających początkującego naturalistę, natomiast wprowadza go od razu na tory samo-

dzielnego dociekania i spostrzegania i zniewala do zdobycia własną pracą zasadniczych wiadomości z morfologii i fizyjologii roślin i zwierząt. Cały wykład opiera się na dokładném poznaniu: drożdży, pierworośli (*protococcus*), pełzaka (*amoeba*), bezbarwnych ciałek krwi, bakteryj, pleśni, ramienic (*characeae*), orlicy (*pteris aquilina*), bobu, wirczyka, stułbii, skojki, raka i bomara, żaby, a zatém organizmów, które niemal zawsze i wszędzie bez trudu i znaczniejszych kosztów nabyć można. Najprzód podaje krótki opis każdéj z wymienionych postaci, następnie tak szczegółowe wskazówki dla badającego, że może się prawie obejść bez obcéj pomocy i samodzielnie poznać główne fakta dotyczące budowy, życia i rozwoju roślin i zwierząt.

Co się tyczy przekładu polskiego, to nie mając pod ręką oryginału, nie mamy możności przekonania się, o ile tłumacz od niego odstąpił. Z kilku przypisków dowiadujemy się, że tu i owdzie poczynił zmiany, które jako fachowy uznał za konieczne. Zresztą sądzimy, że od ściślejszéj kontroli zwalnia nas znane w świecie naukowym imie szanownego tłumacza.

Styl jest wszędzie jasny i łatwy, w terminologii wszakże nie zawszebyśmy się zgodzili z tłumaczem. Wszelako rzecz to wiadoma, że dzieła z zakresu nauk ścisłych, wychodzące w głównych ogniskach nauki polskiéj, różnią się zazwyczaj tak dalece pod względem terminologii, że nawet fachowemu czytelnikowi sprawiają trudności w rozumieniu. Czas już najwyższy poczynić sobie wzajemne ustępstwa i dążyć do ujednostajnienia terminologii, zwłaszcza w dziełach dla szerszych kół czytelników przeznaczonych. Jaka jest droga najpraktyczniejsza do rychłego ujednostajnienia terminologii, nad tém powinien się, wedle naszego zdania, zastanowić najbliższy Zjazd lekarzy i przyrodników.

Dr. Wierzejski.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lek.* Nr. 25: Dogiela: W kwestyi skrzyżowania się nerwów wzrokowych u człowieka; Wolframa (z kliniki prof. Korczyńskiego w Krakowie): Przypadek tętniakowego, prawdopodobnie wrodzonego, rozszerzenia tętnicy płucnéj (dok.); — W *Medycynie* Nr. 25: Talki: Kaustyczne działanie kalomelu na spojówkę.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie dnia 4go lipca o godzinie 6éj wieczór w Sali Akademii Umiejętności posiedzenie, na którém kol. Pieniążek mówić będzie o rzadkiéj operacyi w krtani przez siebie wykonanéj.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 7 lipca 1883. **№ 27.** Rok XXII.

I. Uwagi nad wyborem sposobu resekcyi stawu skokowego na podstawie własnych doświadczeń.

Podał prof. Dr. A. Obaliński w Krakowie.

Kwestyja najlepszéj metody w celu wykonania resekcyi stawu skokowego stoi na porządku dziennym; skoro zaś ona nie jest jeszcze zupełnie rozstrzygniętą a mój materyjał szpitalny dosyć obfity osobliwie w chroniczne zapalenia stawów i kości dozwolił mi nabrać pewnego doświadczenia pod tym względem, przeto pozwalam sobie zabrać głos w téj sprawie.

Jak w obec każdéj resekcyi tak też i w obec resekcyi stopy najczęściéj się rozchodzi o usunięcie chronicznych ognisk zapalnych, czy one wzięły początek w nasadach kostnych czy w częściach miękkich staw składających; a że ogniska te mogą być wielorakie i ze względu na stosunki anatomiczne stawu skokowego bardzo porozrzucane, przeto najpierwszym warunkiem dobréj metody resekcyjnéj będzie, aby ona dokładnie odsłoniła staw, tak aby wszystko chorobowe można spostrzedz i zupełnie usunąć.

Drugim bardzo ważnym warunkiem jest, żeby nie usuwać za dużo a mianowicie zdrowych części a przeto utrzymać odnogę w stanie przynajmniéj zbliżonym do prawidłowego tak co do kształtu jako też i co do funkcyi.

Gdy Langenbeck podał swoją klasyczną a do niedawna jeszcze prawie jedyną metodę resekcyi stopy, nie mieliśmy jeszcze wyrobionego, ustalonego pojęcia o téj chorobie, która najczęściéj resekcyi wymaga. Metoda Langenbecka powstała na podstawie tych obrazów, któreśmy otrzymali z owych zaniedbanych, wysoko rozwiniętych przypadków znachodzących się na stole sekcyjnym albo z odpadków amputacyjnych; dopiero gdy częściéj wykonywane resekcyje dały nam możność rozpatrzenia się w samych początkach owych chronicznych zapaleń stawów zwanych grzybowatemi, zaczęły się pojawiać prawie dla każdego stawu, a więc i dla skokowego nowe metody. Jeden z pierwszych wystąpił Hüter z propozycyją otwarcia stawu skokowego cięciem poprzecznêm z przodu, przy czém się rzeczywiście całą jamę stawową jak najdokładniéj odsłania; metoda ta jednak pociąga za sobą przecięcie nerwów i ścięgien, które po wykonanéj resekcyi trzeba zeszywać.

Ta okoliczność wystarczyła, ażeby metoda przez Hütera wychwalana i w saméj rzeczy wybornie wnętrze stawu odsłaniająca, w praktyce się nie przyjęła.

To też wkrótce pojawiły się nowe pomysły. I tak podał König w 28 nrze *Centralblatt f. Chirurgie* z r. 1882 metodę resekcyjną, która jak najmniéj raniąc ma za główne zadanie utrzymać nasady kostne i miejsca, w których się mięśnie uczepiają. Pomijając inne stawy przytoczę tu tylko to, co się tyczy stawu skokowego: „Ponieważ gruźlica kości stopy najczęściéj w okolicy przyczepu torebki stawowéj do kostki wewnętrznéj lub zewnętrznéj się pojawia,—powiada König,—przeto należy w jednêm lub drugiém miejscu zrobić nacięcie podłużne, któreby odsłoniło szyję kości skokowéj. Gdyby obejrzenie dokładne miejsca tego wykazało, że cała torebka jakoteż kostki i kość skokowa miały być usunięte, natenczas przedłuża się tylko owe cięcie po jednéj i po drugiéj stronie i po odluszczeniu okostny dokonywa się resekcyi za pomocą dłutek.“

Jeszcze nie mieli chirurdzy czasu rozpatrzyć się w téj metodzie a têm mniéj wypróbować ją w stósownych przypadkach a już wystąpił Busch w Berlinie z całkiem odmienną metodą. Główne jéj cechy dają się w następującym streścić zarysie: Autor przekonawszy się, że cięcie podane przez Hütera rzeczywiście tak dokładnie odsłania wnętrze stawu, postanowił ominąć niedogodności cięciu temu towarzyszące przez poprowadzenie go w innym kierunku. Najodpowiedniejszém wydało mu się cięcie od tyłu i dołu, w którym to celu przecina skórę od jednéj kostki do drugiéj prowadząc nóż przez piętę, podobnie jak to podał Pirogow, tylko że w pobliżu kostek wypada to cięcie płytko, aby nie

obrazić naczyń i ścięgien a na podeszwie odrazu aż do kości; nadto cięcie to na pięcie zwrócone jest więcéj ku tyłowi niż w wysokości obu kostek. Następuje odpreparowanie po obu stronach ścięgien, a po wewnętrznéj oraz naczyń i nerwu, które za pomocą tępych haków mają być wyciągnięte ku przodowi a w końcu przepiłowanie kości piętowéj od dołu, poczém mamy staw skokowy najdokładniéj odsłonięty od tyłu i możemy przedsięwziąść, co jest wskazaném, tj. wyjąć k. skokową lub ją tylko wyskrobać, również resekować lub wyskrobać nasady kości podudzia.

Przeczytawszy tę rozprawkę postanowiłem przy najbliższéj sposobności wypróbować ten sposób na chorych po poprzedniém wykonaniu tego rodzaju operacyi na zwłokach. W ciągu kilku miesięcy miałem sposobność wykonania pięć razy téj operacyi a zamiar zebrania jeszcze większego materyjału celem ogłoszenia swych doświadczeń porzuciłem, gdy w ostatnich tygodniach pojawił się artykuł Vogta, w którym tenże występuje przeciw wszystkim dotychczasowym sposobom resekcyi w stopie podając swój jako najlepszy a polegający na wydobyciu kości skokowéj za pomocą wydatnego cięcia podłużnego z przodu w połączeniu z krótkiém cięciem poprzeczném. Po wyjęciu k. skokowéj bez nadwerężenia kostki zewnętrznéj ma się mieć dokładny przegląd wnętrza stawu skokowego, poczém usunąć można chorobowe części z obu kości podudzia, z k. piętowéj i k. czółenkowatéj.

Zanim przystąpię do krytycznego rozbioru wszystkich tych metod, podaję krótkie, najważniejsze szczegóły obejmujące opis moich przypadków.

1) Natan H., lat 24, przybył d. 18/10 1882 z obrzękiem stawu skokowego lewego i otworem na kostce zewnętrznéj pozostałym po wyskrobaniu kości, dokonaném przed pół rokiem na Węgrzech. Stan ogólny dobry. Ponieważ zgłębnik wchodził głęboko i natrafiał na kość rozmiękczałą a nadto funkcyja stopy była upośledzoną z powodu bolesności przy dotyku i chodzeniu, powtórzono jeszcze raz w narkozie wyskrobanie, przyczém dostano się w głąb stawu skokowego. Gdy po téj operacyi bóle nie ustawały a nadto gorączka się utrzymywała, postanowiono resekować staw skokowy, co też wykonano d. 20/11 t. j. w 3 tygodnie po pierwszéj operacyi metodą Buscha. Trudności w oddzieleniu ścięgien, naczyń i nerwu dosyć znaczne, przyczém obrażono tętnicę *tibialis postica*. Wydobyto całą kość skokową i odpiłowano obydwie kostki. Szwy drutowe na przemian z katgutowemi; dwa dreny; ułożenie w bucie Petita. Chory bardzo niespokojny i niecierpliwy sam sobie zrywał opatrunki w nocy, co dało powód do septycznego przebiegu rany *(erysipelas)*. Mimo to przepiłowana kość piętowa zrosła się dobrze a po kilkomiesięcznym pobycie w szpitalu chory prosił o uwolnienie, gdyż bólu nie miał żadnego ani przy dotykaniu ani przy następowaniu, chodzić mógł o kuli lub lasce, chociaż nie byłem zadowolonym z rezultatu operacyi tak z powodu pozostałych przetok od czasu do czasu wydzielających ciecz surowiczoropną, jako też z powodu dążności stopy do postawy zwanéj końską stopą. To też po kilkutygodniowym pobycie w domu zgłosił się H. powtórnie do szpitala w stanie znacznie gorszym, bo stopą znacznie obrzękłą i przy dotyku bolesną, tak, iż z tego powodu wykonano mu amputacyję w podudziu w pierwszych dniach maja 1883 r. Dissekcyja stopy odjętéj stwierdziła zrośnięcie kości piętowéj i wypełnienie przestrzeni pozostałéj po wydobyciu kości skokowéj tkanką bliznowatą; nadto, proces pierwotny, t. j. grzybowate zap. kości, rozszerzył się na drobne kości stopy i na kości podudzia.

2) Eleonora M., l. 17, od lat kilku dotknięta wybitnemi śladami zołzów, które przeważnie obrały sobie u niéj siedzibę w kościach drobnych obydwu rąk i stóp a najbardziéj w stopie prawéj, tak, że z powodu bolesności i obfitego ropienia w okolicy obydwu stawów skokowych już od dłuższego czasu nie mogła chodzić. Gdy dwukrotne a obfite skrobania kości zajętych nie sprowadziły skutku pożądanego, postanowiłem przedsięwziąć jeszcze raz skrobanie lecz przy pomocy wzroku, a więc odsłoniwszy staw metodą Buscha. Operacyję wykonano d. 23 listopada 1882, przyczém dokładnie usunięto rozmiękczałe ogniska z kości skokowéj, piętowéj, czółenkowatéj i sześciennéj. Gojenie pod opatrunkiem antyseptycznym odbywało się bez gorączki, stopa zachowała swój kształt, kość piętowa przepiłowana zrosła się doskonale a jednakże przy wyjściu z zakładu w d. 30 kwietnia 1883 r. pozostały jeszcze dwa otwory przetokowate wydzielające jeszcze nieco płynu ropiastego; bóle jednak ustąpiły zupełnie, tak, że za pomocą laski mogła chora się przechadzać.

3) Katarzyna W. cierpi na ból w stopie prawéj od lat 4 a od pół roku nie może chodzić. Obrzęk w stawie skokowym; pod kostką wewnętrzną otwór, przez który zgłębnik wchodząc na kilka ctm. natrafia na kość obnażoną miękką. Ucisk bolesny tylko bezpośrednio na kość skokową i od dołu na piętową, zresztą nigdzie. Anemija ogólna. Rozpoznano ognisko gruźlicze w kości skokowéj i postanowiono wydobyć je za pomocą resekcyi Buscha. Operacyję wykonano d. 21 lutego przyczém jednak pękło ścięgno *flexor hallucis longus* a nadto odcięto kawałek nerwu piszczelowego tylnego już po skończonéj operacyi podczas usuwania grzybowato zwyrodniałéj torebki stawowéj. Wydobyto całą kość skokową a z piętowéj część wielkości orzecha tureckiego. Opatrunek zmieniano raz na tydzień; po szóstym była już cała rana zagojona. W dniu 6go czerwca przedstawiono chorą w Tow. lek. krak. z blizną linijkowatą, kością piętową przyrośniętą i stopą kształtną niebolesną nawet przy chodzeniu (o kulach). Ze strony wyciętego nerwu nie było żadnych szkodliwych następstw, czucie utrzymane, ruchy w stawach a nawet w skokowym do pewnego stopnia możliwe. Odżywienie choréj znacznie lepsze.

4) U 38 letniéj Rywki B., która od 8 miesięcy cierpiała na ból w stopie lewéj, rozpoznano gruźlicę kości wchodzących w skład obydwu stawów skokowych z podejrzeniem zajęcia również drobnych kości nartu i wykonano dnia 6go marca resekcyję sposobem Buscha; gdy jednak po dokładném odsłonięciu stawu pokazało się, że z powodu zajęcia całéj kości skokowéj i piętowéj, obu kostek a nadto i drobnych kości o utrzymaniu stopy mowy być nie może, skorzystano z tego cięcia i uskuteczniono amputacyję metodą Symego.

5. Franciszka L., l. 24, dobrze odżywiona wieśniaczka skarży się na ból w stopie prawéj od $1^1/_2$ roku a od pół roku tylko z trudnością o lasce może się przechodzić. Pod kostką zewnętrzną znachodzi się bliznowate lejkowate wciągnięcie, z którego dawniéj miała się sączyć ciecz ropiasta. Przednia ściana torebki stawowéj nieco wypuklona, ucisk na nią jakoteż na kostki bolesny. W przypuszczeniu ogniska gruźliczego w górnym stawie skokowym a mianowicie w kości skokowéj i przynajmniéj w jednéj kostce przystąpiono do resekcyi metodą Buscha, która udała się bardzo dobrze, cho-

ciaż nie bez trudności, osobliwie podczas wydobywania kości skokowéj. Oprócz niéj odpiłowano zewnętrzną kostkę, wyskrobano k. piszczelową aż do saméj rury szpikowéj a w końcu wyżłobiono tylną połowę kości piętowéj, która okazała się rozmiękczałą, pomimo że przed operacyją dla braku bólów tamże ani podejrzenia nie można było mieć, żeby i ta kość była zajętą. Żadna ligatura; opatrunek antyseptyczny. Zaraz po operacyi dosyć znaczne przesączanie krwawe, dla którego na trzeci dzień zmieniono opatrunek, odtąd zaś tylko raz na tydzień; przebieg aseptyczny. Po kilku tygodniach blizna linijkowata. Obecnie zaczyna stawiać pierwsze kroki.

Z powyższych przypadków wynika przedewszystkiém, że metoda Buscha daje rzeczywiście dobre rezultaty, jak to mianowicie stwierdzają przypadki pod l. 2, 3 i 5 opisane a czego dotąd nikt nie stwierdził, chociaż już dużo pod tym względem pisano. Tém samém odpadają dwa zarzuty, mianowicie, że przez przepiłowanie kości piętowéj niepotrzebnie narażamy operowanego na niezrośnięcie rozdzielonéj kości, gdyż we wszystkich moich przypadkach (z wyjątkiem 4go, w którym odrazu przeszedłem do operacyi Symego) nastąpiło najdokładniejsze zrośnięcie; następnie i zarzut powstawania blizny na podeszwie, blizna ta bowiem wcale w chodzeniu nie przeszkadza. Zresztą według mnie przepiłowanie kości piętowéj uważać należy i owszem za wyższość téj metody nad innemi, gdyż, jak to mój 5ty przypadek poucza; tylko w ten sposób można się w niektórych przypadkach o głębokiém w samym środku kości piętowéj tkwiącém ognisku chorobowém przekonać, gdy przy każdéj z innych powyżéj przytoczonych metod byłoby to czystém niepodobieństwem, w każdéj z nich bowiem zmuszeni jesteśmy operować łyżeczkami w głębi jamistéj rany i spuszczać się przeważnie na zmysł dotykania, gdy metodą Buscha operując sądzimy na podstawie dotyku i wzroku. Nie dziwię się, jeżeli Mosetig poleca swe lampki elektryczne do oświetlania kości mających być skrobanemi, aby tylko jak najdokładniéj wszystko chore oddalić. Przy użyciu sposobów dobrze pole operacyjne odsłaniających oświetlenie takie staje się zbyteczném.

Inni znowu zarzucają mechaniczne trudności w wykonaniu operacyi. Nie da się zaprzeczyć, że tak jest rzeczywiście, operacyja ta nie jest łatwą chcąc ją tak wykonać jak przepis tego wymaga, t. j. żeby nieobrazić ani jednego ścięgna a przytém oszczędzić tętnicę i nerw piszczelowy tylny. Najtrudniej daje się wyważyć ze swéj nyży ścięgno mięśnia *flexor hallucis longus*; jednak przekonałem się, że kilkakrotne przerobienie téj operacyi na trupie daje dostateczną wprawę, aby wykonać operacyję na chorym dosyć poprawnie. Zresztą i inne resekcyje mające na celu utrzymanie kształtów normalnych lub pewnych tworów anatomicznych również nie są łatwemi a mimo to je wykonywamy, bo dzisiaj trudność taka w obec narkozy, opaski anemizującéj i antyseptyki nie wchodzi w rachubę. W końcu nadmienić muszę, że jeżeliby się tu lub owdzie skutkiem nieprzezorności operatora przerwać miały ścięgno lub nerw, w takim razie pozostaje nam jeszcze zeszycie tychże, chociaż moje doświadczenie wykazuje, że nawet i bez tego rezultat może być dobrym, gdyż końce same do siebie przylegając, najprawdopodobniéj się zrastają.

Daléj ważną jest rzeczą, że w metodzie Buscha nie poświęcamy żadnéj najmniejszéj cząstki kości, nim ją dobrze obejrzymy i przekonamy się, że stan jéj jest tego rodzaju, iż ona oddaloną być musi. Okoliczność ta nabiera jeszcze tém bardziéj wagi, o ile przed otwarciem stawu bardzo trudno jest oznaczyć na pewno, które kości są zdrowe a które chore, osobliwie jeżeli nie można badać zgłębnikiem.

Nie małą zaletą jest także i to, że możemy dokładnie usunąć całą torebkę stawową, jeżeli ona jest zwyrodniałą a wiadoma to chirurgom rzecz, że pozostałe takie torebki bardzo psują przebieg gojenia i często stają się przyczyną owych osławionych przetok długotrwałych.

Reasumując to wszystko przyznać muszę wyższość metodzie Buscha nad innemi powyżéj wymienionemi metodami a to z następujących powodów:

1). gdyż ona zachowując kształt i funkcyje stopy do prawidłowych najwięcéj zbliżone daje nam możność bardzo dokładnego obejrzenia wnętrza stawu skokowego;

2). że nie naraża nas na poświęcenie na ślepo pewnych części kostnych może nawet częstokroć i zdrowych, jak to ma miejsce w innych metodach. I tak w metodzie Langenbecka poświęcamy obydwie kostki (*malleoli*), König poświęca jednę kostkę i kość skokową, Vogt tylko kość skokową; jedynie Hüter nie usuwa żadnéj kości na ślepo, zato zmusza nas do przecięcia kilku ścięgien i nerwu;

3). że przepiłowanie kości piętowéj dozwala nam przekonać się bardzo dokładnie o jéj stanie, czego w innych metodach niema, widzimy bowiem tylko górną powierzchnię jéj i to na dnie rany jamisto zagłębionéj. — Nawet metoda Hütera, najwięcéj korzyściami do omawianéj zbliżona, na tym punkcie pozostaje w tyle. W końcu nadmienić muszę, że z umysłu nie wspominałem tutaj o metodzie Mikulicza, która mając już z góry zamierzoną zmianę kształtu stopy i służąc do zadosyćuczynienia zupełnie innym wskazaniom wcale nie może być porównywaną z dopiero co omówionemi metodami.

II. Z Zakładu sądowolekarskiego prof. Blumenstoka w Krakowie.

Kazuistyka sądowo- i policyjnolekarska.

V.

Morderstwo w kasie oszczędności.

Podał Prof. Dr. Blumenstok.

Pospieszam zdać sprawę z przypadku, który przed kilką miesiącami zatrwożył miasto nasze, a w ostatnich dniach, gdy ostatni jego akt odgrywał się przed trybunałem przysięgłych, wzbudził tak nadzwyczajne zajęcie, że gmach sądowy w formalném znajdował się oblężeniu. Powodem przerażenia był fakt morderstwa rozbójniczego popełnionego w śródmieściu i to w gmachu, w którym mieściła się wówczas kasa oszczędności, przyczyną zaś zainteresowania się ogółu rozprawą ostateczną była nie tylko osobistość obwinionych, ile raczéj wiadomość, że sprawa tak ważna z powodu częściowego tylko przyznania się jednego z obwinionych, a zupełnego wypierania się drugiego z nich, nasuwa pewne jeszcze wątpliwości, których ostatecznego usunięcia spodziewano się po rozprawie. Przystępując do zdania sprawy z czynności sądowolekarskich, podjętych w tym przypadku, nie powoduję się atoli samym rozgłosem, lecz raczéj ważnością jego właśnie pod względem sądowolekarskim; jak trudném jest zadanie znawcy w przypadkach skrytobójstwa, wypowiedziałem już przy innéj sposobności w Przeglądzie Lek.; było ono jednak w przypadku opisać się mającym trudniejsze aniżeli w poprzednich, które w Krakowie się zdarzyły, a które w swoim czasie opisałem; a trudność ta nie nasuwała się przy ocenianiu przyczyny śmierci, które

przeciwnie było bardzo łatwém, lecz wystąpiła dopiero, gdy p. sędzia śledczy żądał odpowiedzi na pytania, odnoszące się do szczegółów czynu, a mianowicie do sposobu, w jaki czyn został popełniony, i do osób, które onego się dopuściły. W uwagach epikrytycznych powrócę do wątpliwości, które musiano usunąć, a poprzednio przedstawię rzecz całą na podstawie aktów śledztwa.

D. 5 grudnia 1882 r. rano otrzymała Prokuratoryja Państwa doniesienie od organów policyi, że stróż kasy oszczędności Antoni Słowik, około lat 60 liczący, którego po raz ostatni widziano dnia poprzedniego koło godziny 7éj wieczór, znaleziony został o godzinie 9téj rano bez życia i najprawdopodobniéj przez osobę drugą życia pozbawiony, leżąc na podłodze w swojém pomieszkaniu. Z polecenia Sądu udałem się razem z kol. Żuławskim natychmiast z komisyją sądową na miejsce. Antoni Słowik mieszkał w domu kasy oszczędności na podworcu w małéj izdebce, do któréj od podworca prowadziły drzwi, a po téj saméj stronie wychodziło jedyne małe okno na podworzec; pod oknem był stół z krzesłem, a połowa prawie izdebki zajęta była tapczanem, umieszczonym przy ścianie głównéj a drzwiom i oknu przeciwległéj; górny koniec tapczanu przylegał do kąta, utworzonego przez ścianę główną a ścianą idącą ku oknu, w bliskości końca dolnego zaś stał piecyk żelazny. Na tapczanie leżał siennik ze słomą przeważnie ku górze przesuniętą, podczas gdy dolna część mało słomy zawierająca jest przekręcona ku drzwiom i okazuje rozległą plamę krwi, wśród któréj widać dziurę o brzegach dość gładkich. Obok téj większéj plamy tak ku ścianie jak i ku drzwiom znajdują się mniejsze plamy krwi. Plamy te są suche, w niektórych miejscach mocniéj lśniące a w górnych częściach w fałdach wilgotnawe. Na deskach tapczanu w dolnym końcu ku drzwiom obfite smugi krwi od góry na dół idące, prawie równoległe a na desce górnéj znajdują się ślady jakby od otarcia palców. Na poszwie siennika przy brzegu ściennym w okolicy głowy (tj. gdzie słoma zbita) plama jakby od chwycenia skrwawioną dłonią pochodząca. W słomie zaledwie są ślady krwi, nie ma ich zaś po stronie spodniéj siennika tudzież pod siennikiem. Na podłodze między tapczanem a ciałem, ku drzwiom, jest w przestrzeni szerokości więcéj niż dłoni obfita kałuża krwi jeszcze wilgotnéj. Ciało Antoniego Słowika leży na ziemi obok tapczanu mając na sobie kożuch stary barani, obwinięty na ciele tak mocno, że zaledwie można było go oderwać od ciała. Po zdjęciu dopiero kożucha okazuje się położenie trupa następujące. Głowa twarzą na dół zwrócona spoczywa na kożuchu tak, że widać wierzchołek głowy łysy, a małżowiny uszne sterczą ku górze. Na tyłogłowiu włosy są mocno krwią zlepione, grzbiet zwrócony ku górze, odnoga górna prawa podniesiona ku górze a następnie w łokciu zgięta tak, że tym sposobem łokieć odstaje od głowy na stopę. Na grzbiecie, przedramieniu i ręce prawéj obfite ślady krwi, rękaw prawy w końcu dolnym również krwią zwalany. Lewa ręka zgięta w łokciu leży pod klatką piersiową. Trup ma na sobie surdut sukienny jasny z kołnierzem aksamitnym. Na rękawie prawym poniżéj kołnierza z tyłu w okolicy barku lewego i na samym dole po nad pośladkiem lewym widać na surducie obfite ślady krwi. Pośladki zwrócone są ku tapczanowi a na nich spodnie czarne sukienne rozprute są w szwie środkowym. Odnoga dolna lewa kolanem zwrócona jest ku oknu a podudzie lewe, zgięte w kolanie pod kątem prostym, stopą dotyka paki stojącéj przy stoliku. Odnoga dolna prawa leży pod lewą w kolanie pod kątem rozwartym zgięta, sterczy po za róg paki tak, że róg ten przypada pomiędzy końcem stopy lewéj a piętą prawą. Na nogach znajdują się kamaszki. Kieszeń lewa spodni wynicowana na zewnątrz. Głowa przylepiona mocno krwią do kożucha. Po przewróceniu trupa ku górze uderza przedewszystkiém spłaszczenie nosa, warg i grzbietu ręki lewéj następnie widać krwotok mierny z nosa, suknie z przodu mianowicie gruba kamizelka, koszula aż po pępek mocno krwią zbroczone, na szyi zaś znajduje się chustka biała a właściwie szalik bawełniany czworograniasty prawie w zupełności krwią zwalany tak, że tylko dwa miejsca białe przezierają. Na szyi nie ma śladu obrażenia, tylko w okolicy nadobojczykowéj lewéj znajduje się otwór jajowaty, przez który palec wchodzi aż do przeciętéj tchawicy. Po stronie dłoniowéj ręki prawéj nie ma śladów krwi. Grzbiet ręki lewéj powalany krwią i błotem a do paznogci przylepione są dwa włosy czarne, które zdjęto i schowano. Kieszeń prawa spodni jest poszarpana i krwią powalana. Przy dolnym końcu tapczana pomiędzy nim a piecem przykryta butami filcowemi, wsparta na szczotce leży siekiera a na jéj ostrzu znajdują się obfite ślady krwi tak samo na szczotce. Surdut, kamizelka i koszula w odpowiedniém miejscu przebite. Przy drzwiach na stołeczku stoi miednica z wodą zimną całkiem czystą, pod stołeczkiem leży otwarty mały scyzoryk krwią nie powalany, obok stołeczka niedaleko drzwi narzędzie ostre podobne do szabelki dziecięcéj z śladami krwi jakby startéj lub zmytéj. Stężenie u trupa utrzymane w odnogach dolnych, zęby ściśnięte, kark wolny. Po usunięciu trupa widać na suknie kożucha ślady krwi jeszcze wilgotne. Krew ta przenika przez kożuch na włos przylegający do podłogi. Po usunięciu kożucha leży pod nim pochwa papierzana zrobiona z Gazety Krakowskiéj z dnia 23/11 1882 r. krwią zbroczona. Na podłodze znajduje się kałuża krwi, przy saméj pace toż samo kałuża krwi, jednak mniejsza, w równéj odległości między ciałem a drzwiami. W rogu pomiędzy ścianą a tapczanem leżą kawałki kożucha oraz zwinięte prześcieradło, na którém znajduje się kilka plam krwawych, a z tych jedna duża wielkości dłoni męzkiéj, druga przy brzegu téjże saméj wielkości a liczne inne mniejszych rozmiarów. Na podłodze przy stole znajduje się poszwa żółta w pasy żółte i niebieskie, na któréj znajdują się téż plamy krwawe. Małe plamy krwawe jakby od dotknięcia palcem znajdują się téż na arkuszach, któremi stół był nakryty. Pod siennikiem znaleziono ścierkę brudną, na niéj kilka śladów krwi. Na tém protokół zakończono.

Zwłoki Antoniego Słowika przeniesiono do zakładu sądowolekarskiego, gdzie tegoż dnia popołudniu odbyliśmy sekcyję. Wynik jéj był następujący:

I) Oględziny zewnętrzne: 1) Zwłoki miały na sobie surdut poprzednio już opisany a na nim jak i na kołnierzu czarny otwór przeszywający $1\frac{1}{2}$ cm. długi równoległy do brzegu kołnierza, drugi otwór całkiem podobny znajduje się o 3 palce poniżéj z przebiegiem prawie pionowym do otworu poprzedniego; jeśli jednak kołnierz zakłada się, dwa te otwory w zupełności odpowiadają sobie. 2) Na kamizelce znajduje się podobny otwór z przebiegiem równoległym do drugiego otworu na kołnierzu w wysokości i miejscu odpowiadającém ranie na szyi. 3) Na koszuli białéj jeszcze nie pranéj w odpowiedniém miejscu podobny także otwór a koszula także krwią zbroczona. 4) Po rozebraniu i ułożeniu na stole okazało się co następuje: Długość ciała 171 cm., wiek zmarłego około 60 lat. Ciało dobrze zbudo-

wane i odżywione. Plam pośmiertnych na grzbiecie zaledwo widoczny ślad. W okolicy krzyżowéj i po stronie zewnętrznéj ud toż samo. Stężenie trupie w miernym stopniu, kark luźny. 5) Włosy na głowie rzadkie szpakowate, skóra czaszkowa od czoła łysa, powieki przymknięte, tęczówki piwne nie nad miarę rozszerzone, spojówka gałkowa lewa nastrzykana, nos dość gruby, z otworów przed tém był krwotok, którego ślady obfite znachodzą się na wąsach i brodzie, wąs długi na licach dość gęsty, zarost na brodzie przed kilku dniami wygolony. 6) Grzbiety obydwóch rąk powalane krwią toż samo i paznogcie, podczas gdy po stronie dłoniowéj plam krwawych prawie nie ma. Grzbiet ręki lewéj widocznie przypłaszczony a skóra jest mocno błotem powalana. Na klatce piersiowéj i brzuchu lekko wzdętym oraz na częściach płciowych i odnogach dolnych nie ma zmian. 7) Na grzbiecie jakotéż na głowie nie ma nigdzie śladu obrażenia. 8) Jedynym śladem obrażenia jest otwór na szyi po stronie lewéj na zewnątrz od mięśnia sutkomostkowego i na 2 palce od niego jakotéż na 2 palce powyżéj obojczyka położony, otwór ten ma ułożenie nieco ukośne od góry lewéj ku dołowi w prawo, postać wrzecionowatą, 2 cm. przeszło największéj średnicy a niespełna na 1 cm. największéj szerokości mający, brzegi tego otworu są bardzo ostre, gładkie, krwią nie podbiegłe, za uciskiem i najmniejszym ruchem ciała wydobywa się z tego otworu krew obfita i palec wprowadzony przez otwór ten w kierunku pionowym pod obojczyk a w kierunku ukośnym ku przodowi dostaje się nierównie głębiéj, albowiem wchodzi w rurkę twardości chrząstkowéj, na któréj odróżnić można macając pierścienie równolegle do siebie ułożone. 9) Zresztą innych żadnych śladów obrażenia nie spostrzega się.

II. Oględziny wewnętrzne. 10) Skóra czaszkowa po stronie wewnętrznéj nie przedstawia żadnych zboczeń. 11) Również ich nie ma na okostnéj. Sklepienie czaszki nie bardzo umiarowe ale dosyć grube, śródkoście ma barwę prawidłową a nigdzie nie ma uszkodzenia. 12) Opona twarda ma połysk prawidłowy, naczynia na niéj nie są nad miarę rozszerzone a zatoka podłużna próżna. 13) Opony miękkie nie zbaczają, istota mózgowa prawidłowéj zbitości, mało w krew obfita. 14) W komórkach tak bocznych jakotéż 3 i 4téj nie ma żadnych zmian, również ich nie ma na podstawie i w zwojach większych. 15) Po odłączeniu opony twardéj od podstawy czaszki nie widać na ostatniéj żadnego uszkodzenia. 16) Ściany kl. piersiowéj i brzucha podesłane cienką warstwą tłuszczu, mięśnie wierzchnie szyi po stronie lewéj są mocno krwią podbiegłe, otwór zaś wewnętrzny skórny w zupełności zewnętrznemu odpowiadający wcale nie jest krwią podbiegnięty. 17) Kanał rany idzie pod mięśniem *scalenus anticus* aż do żyły szyjnéj, któréj $^2/_3$ światła są nadcięte a brzegi rany są zupełnie gładkie. 18) Płuco prawe wolne, lewe mocno przyczepione, miejscami jednak przedstawia jamy wypełnione masami zbitemi, już to do galarety już to do kaszy podobnemi. 19) Język krwią powalany, w przełyku nie ma zmian z wyjątkiem podbiegnięcia krwi na błonie śluzowéj gardziela, odpowiadającego ranie tchawicy. Po otwarciu tchawicy pokazuje się pomiędzy 7—8 pierścieniem téjże po stronie lewéj rana poprzeczna 2 cm. długa brzegi zupełnie gładkie i równe nie podbiegnięte, natomiast ochrzęstna jest mocno podbiegnięta. 20) Po wyjęciu serca z płucami okazuje się w worku opłucnowym prawym około litra płynu krwawego, w którym pływa skrzep wielkości dłoni dziecka. 21) Opłucna ścienna lewa obsiana masami poprzednio opisanemi łatwo zdzierającemi się; opłucna płuca lewego bardzo gruba i podobnemi masami pokryta. 22) Płuco lewe mniéj zawiera powietrza a przy ucisku wydaje nieco płynu pienistego. 23) Płuco prawe okazuje szczyt zgęszczony, zresztą wszędzie powietrze zawierające, przy brzegach łykowate, na przekroju suche, bardzo blade. 24) Serce prawidłowo wielkie, mięsień sercowy nieco kruchszy, na przekroju nieco żółtawy, komórki próżne. Zastawki cienkie, błona wewnętrzna aorty prawidłowa. 25) Wątroba prawidłowéj objętości, na przekroju żółtawa, blada, niedokrewna. 26) Śledziona prawidłowa. 27) Nerki wielkości prawidłowéj o powierzchni zewnętrznéj gładkiéj, na przekroju bardzo blade. 28) Żołądek mocno skurczony, z wyjątkiem nieco krwi galaretowatéj nie ma żadnéj treści. 29) Jelita zawierają kał rzadki. 30) Pęcherz moczowy zawiera około kilkadziesiąt gramów moczu. 31) Żebra, kręgosłup i miednica nie są uszkodzone. (C. d. n.)

III. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od r. 1879 do 1882.

Podał Dr. Emanuel Rosenblatt.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 26).

E) Pląsawica.

Na 2035 dzieci przebywających w szpitalu w latach 1879 do 1882 cierpiało na pląsawicę tylko pięcioro, zatém zaledwo 0·25%, z tych jednak 5ciu, ściśle biorąc, tylko czworo okazywało przypadki pląsawicy właściwéj (*chorea minor idiopathica*) podczas gdy u 5go dziecka, cierpiącego najprawdopodobniéj na guzy gruźlicze w mózgu, przedstawiała się pląsawica nieco odmiennie i zależała od grubszych zmian anatomicznych ośrodków. Przypadek ten przedstawiający równocześnie objawy pląsawicy zwykłéj, pląsawicy elektrycznéj i choroby ogniskowéj mózgu, opisany poniżéj nieco szczegółowiéj, załączam tu jednak ze względu na tę okoliczność, iż nawet w pląsawicy t. zw. idyjopatycznéj napotyka się często zmiany zmysłom naszym dostrzegalne w ośrodkach, a mianowicie zatory naczyń drobnych kory mózgowéj. Pomiędzy 5ma zatém chorymi chłopców było 2, dziewcząt 3, wiek ich przedstawiał się jak następuje: lat 2, $4^1/_2$, 7, 9 i 12. Stan odżywienia z wyjątkiem 1 przypadku (*Chorea symptomatica*) był dobry. Również w jednym przypadku tylko choroba była zastarzałą i trwała już z przerwami od lat 3ch, wreszcie zaś wystąpiła krótko przed oddaniem dzieci do szpitala. Pod względem etyjologii nie poprzedzały wystąpienie pląsawicy żadne wrażenia psychiczne, ani urazy, ani zaburzenia w narządach trawienia; dziedziczności lub skłonności w rodzinie nie można było wykazać, żadne z dzieci nie przebywało gośćca ani stawowego ani mięśniowego, natomiast u jednego (przypadek II) pojawiła się pląsawica w okresie zwiastunów ospy, u drugiego (przyp. III) po napadach drgawek trwających przez tydzień a powtarzających się kilka razy na dzień, u trzeciego zaś równocześnie z objawami zapalenia śródsierdzia (przyp. IV) u czwartego (przyp. V) wystąpiła po silnéj a ciągłéj kilka dni trwającéj gorączce, podczas gdy u piątego (przyp. I) nie poprzedzały jéj żadne przypady, któreby uwagę otoczenia wzbudzały. Postać pląsawicy tylko w 1 przypadku (IV) była połowiczą, a mianowicie zajętą była prawa połowa ciała. Najkrótszy czas trwania choroby wynosił dni 33 (przyp. II), najdłuższy 3 lata

7 miesięcy. Powikłań nie zauważyliśmy żadnych, trzy przypadki zakończyły się zupełném wyzdrowieniem, w dwu zaś zabrano dzieci ze szpitala przed ukończeniem choroby.

Przypadki te są następujące:

1) Maryjanna Habowska, dziewczyna 9-letnia przyjęta 30 kwietnia 1879. Z wywiadów i dziennika szpitalnego dowiadujemy się, iż chora przebywała już kilkakrotnie skutkiem pląsawicy w szpitalu, a mianowicie przybyła po raz pierwszy 29 grudnia 1876, t. j. w cztery dni po wystąpieniu pląsawicy ograniczającéj się do ruchów mimowolnych mimicznych, ruchów głowy i przebierania palcami ręki lewéj a poprzedzonéj bólem głowy i osłabieniem ogólném, i pozostała do 28 marca 1877 póki przypady pląsawicy nie złagodniały znacznie. Ponieważ jednak w domu stan się znów pogorszył, powróciła już 31 marca 1877 i pozostała aż do zupełnego wyleczenia dnia 29 czerwca 1877. Stan zupełnego zdrowia utrzymywał się aż do 25 lutego 1878, w którymto czasie chora zapadła powtórnie na pląsawicę bez jakichkolwiek wpływów zewnętrznych. Oddana do szpitala pozostała do 4 kwietnia i wyszła ze znaczném polepszeniem. Dopiero 30 kwietnia 1879, a zatém więcéj niż po roku, zgłosiła się na nowo do przyjęcia z objawami pląsawicy znacznego stopnia.

Chora dobrze odżywiona, cera zdrowa, kościec prawidłowy. Trzewa wszystkie zdrowe. Górna część ciała w ciągłym miotającym ruchu, szczególnie mięśnie grzbietowe, szyi i odnóg górnych. Mięśnie mimiczne twarzy rzadziéj ruchom skurczowym ulegają, ma to jednak miejsce, jeżeli się na chorą uwagę zwraca. Mięśnie oczu zazwyczaj spokojne, tylko czasami biegają to w jednę to w drugą stronę, zezu jednak nie ma. Źrenice prawidłowe. Przy wystawianiu wykonywa język najrozmaitsze ruchy, mowa niewyraźna, tylko pojedyńcze słowa zrozumiałe. Połykanie nieupośledzone. Ruchy skombinowane odnóg górnych w dość znacznym stopniu upośledzone, z trudnością tylko sama łyżką jeść może. Jeżeli ma stać na miejscu, trzyma się zazwyczaj jedną ręką łóżka i przestępuje z jednéj nogi na drugą, deptając sobie po stopach. Chód upośledzony, podrygujący. Bolesności wyrostków kończystych kręgosłupa nie ma. Przeczulica skóry na kadłubie. Przytomność zupełna, inteligencyja osłabiona, chora nie zwraca długo uwagi na jeden przedmiot, zmysły prawidłowe, czynności trawienia i wydzielania odbywają się w porządku. Sen spokojny, ruchy podczas snu ustają zupełnie. Pobudliwość elektromięśniowa podwyższona znacznie, porażeń ani przykurczeń nie ma. Serce podczas trwania całego obserwacyi żadnych zmian nie okazywało, tony czyste, rytmiczne, tętno spokojne, regularne. Chora zażywała *Zincum oxydat.* po 0·05 2 razy dziennie, od 17/VI zaś propylamin po 1·0 na dzień, nadto eteryzowano kilkakrotnie stos pacierzowy. 20 lipca wyszła ze znaczném polepszeniem, powróciła jednak znów prawie po roku, bo 1 lipca 1880, okazując pląsawicę wybitną mięśni szyi i karku po stronie lewéj tylko, zginaczy zaś palców rąk obydwu a w małym stopniu i zginaczy podudzi. Rękami wyprostowanemi i spuszczonemi wykonywała ruchy, jak gdyby coś po ubraniu swojém poprawiała lub chwytała, w stawach zaś kolanowych często się zaginała, jak gdyby chciała skakać. Nadto okazywała *genua valga* w miernym stopniu, zresztą wszystkie organa wewnętrzne, a mianowicie serce, prawidłowe. Po stósowaniu wewnętrznem rozczynu Fowlera po 10 kropli dziennie aż do 1 sierpnia 1880 łagodniały przypady znacznie i chora opuściła szpital zupełnie zdrowa a od tego czasu aż po dziś dzień, a zatém prawie 3 lata, do przyjęcia się więcéj z pląsawicą nie zgłosiła.

2) Maryja Dąbrowska, lat 4½, przyjęta 9 listopada 1879 z ospą w okresie wysypywania. Chora przytém cierpi na pląsawicę, która dopiero przed 12 dniami miała się pojawić, do tego czasu jednak była zupełnie zdrową. Badanie wykazuje drobne guzki twarde z zagłębieniem środkowém widocznėm, cechujące ospę głównie na twarzy i odnogach poroz siewane, płuca i serce zdrowe, śledzionę nieco obrzękłą. Chora przytomna, ciepłota w dniu przyjęcia 38·1°C., mięśnie twarzy w ciągłéj akcyi, marszczenie czoła, podnoszenie brwi, drganie kątów ust, rzucanie głową i ruchy bezcelowe obydwu odnóg górnych, stopniowane jeszcze przy usiłowaniu wykonania jakichś ruchów świadomych. Postać ospy i przebieg łagodny; już po 7 dniach opada ciepłota dosięgająca w okresie kwitnienia i nabierania pęcherzy 40° C., do 37·5° i rozpoczyna się na twarzy przysychanie a równocześnie ustępują i łagodnieją objawy pląsawicy, która przez cały czas ten w jednakowym stopniu się utrzymywała, pozostaje jednak skrzywienie szyi (*Torticollis*) po stronie lewéj. 28 listopada opuszcza zupełnie zdrowa szpital. I w tym przypadku podawano choréj obok chininu także i *Zinc. oxydatum*

3) Anna Wikłaczówna, dziewczyna 2-letnia przyjęta do szpitala 23 czerwca 1880. Chora miała poprzednio cierpieć na drgawki, które występowały po kilka razy na dzień przez tydzień cały, powstały z przyczyny niewiadoméj, przebiegały bez jakichkolwiek innych przypadów ze strony narządu nerwowego, były przerywane i obejmowały głównie mięśnie twarzy i odnóg górnych. Pląsawica wystąpiła również najpierw na mięśniach twarzy i karku, potém zaś na rękach i to obydwóch równocześnie. Kościec prawidłowy, cera zdrowa, odżywienie dobre. Płuca i serce żadnych zmian nie okazują, brzuch miernie sklepiony, śledziona ani wątroba niemacalne, mocz prawidłowy. Badanie ust, połyku, nosa, oczu, uszu, sromu i odbytu nie wykazało żadnego ciała obcego, mogącego wywoływać na drodze odruchu drgawki lub pląsawicę. Kręgosłup za uciskiem na wyrostki kończyste niebolesny, natomiast widać wzdłuż jego części piersiowéj cztery blizny po pijawkach. Mięśnie twarzy, powiek, a nawet i gałek ocznych, w ciągłych kurczach niekoordynowanych; usta zmieniają co chwila swą postać, głos wyraźny lecz przerywany i często inaczéj modulowany. Mięśnie odnóg tak górnych jak i dolnych w ustawicznych ruchach bezcelowych i bezładnych, mięśnie kadłuba w znacznie mniejszym stopniu zajęte. Przeczulica ogólna. Ciepłota prawidłowa, tętno spokojne, czynności narządów trawienia i wydzielania prawidłowe. Sen spokojny. Po przeczyszczeniu dziecka, celem przekonania się czy nie cierpi czasem na czerwiwość, bez odpowiedniego rezultatu dodatniego, podawano wodnik chloralu po 1 gr. na dzień, eteryzowano stos pacierzowy, i kąpano dziecię ciepło, lecz bez widocznego jak na razie skutku. Zniecierpliwiona matka 31 czerwca już dziecię ze szpitala zabrała.

4) Józef Dadój, chłopiec 12 letni, przyjęty 29 września 1881. Choroba powstała nagle wśród objawów gorączki, bólu głowy i bicia serca dnia 21 września, tj. ośm dni przed oddaniem chłopca do szpitala. Gośćca nie przebywał. Chłopiec dobrze odżywiony lecz anemiczny, blady, kościec prawidłowy, gruczoły podszczękowe po stronie prawéj przerosłe. Płuca zdrowe. Wymiary serca, a zwłaszcza komórki lewéj, powiększone tak w kierunku poziomym jak i pionowym. Uderzenie koniuszkowe serca po za linią sutkową na ze-

wnątrz. Szmer skurczowy nad komórką lewą, ton drugi nad tętnicą płucową zaostrzony. Akcyja serca przyspieszona. Wątroba i śledziona prawidłowe. Czynności narządu trawienia i wydzielania normalne. Nie gorączkuje, w sferze psychicznéj i zmysłowéj i czuciowéj zmian nie ma. Odnoga tak górna jak i dolna po stronieprawéj wykonywa prawie ustawicznie w jednakowém nasileniu ruchy mimowolne, bezcelowe, ataktyczne, polegające już to na machaniu ręką i wykręcaniu ramienia i przedramienia ku tyłowi, już téż to na przebieraniu palcami i na zginaniu i podnoszeniu odnogi dolnéj. Siłą woli jednak wykonywa jeszcze ruchy zamierzone zajętemi cierpieniem odnogami. Mięśnie zaś twarzy i szyi niekiedy tylko ulegają nagłemu szybko przemijającemu skurczowi powtarzającemu się rytmicznie. Sen spokojny. W dalszym przebiegu śród podawania nastoju jabłkanu żelaza z rozczynem Fowlera po 12 kropli dziennie a poprzednio naciągu naparstnicy, łagodniały ruchy mimowolne zwolna a wypukiem dało się stwierdzić zmniejszanie granic serca, podobnie téż i szmer skurczowy o wiele słabiéj był słyszalny. 30 października opuścił zakład wyleczony. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. E. Hofmann: **Lehrbuch der gerichtlichen Medicin. 3. vermehrte u. verbesserte Auflage, I Hälfte (Bogen I—28).** Wien und Leipzig, Urban und Schwarzenberg, 1883.

Już po raz wtóry w odstępie dwuletnim spotykamy się z nowém wydaniem dzieła Hofmanna. Dzieło jego jest znane, śmiało powiedzieć można, w całym świecie bądź w oryginale niemieckim, bądź w tłumaczeniach, zajmuje więc obecnie miejsce pierwszorzędne w poczcie dzieł, niezbędnych tak dla lekarza, jak i dla ucznia. A jeżeli pomimo, że przed 2 laty ukazało się wydanie 2gie poprawione, pomimo tłumaczeń, oraz innych podręczników, które się w ostatnich czasach pojawiły, a które bądźcobądź oprzeć się musiały o dzieło Hofmanna, nakładcy uznali za potrzebne ogłoszenie wydania 3go, to i ta okoliczność przemawia tylko na korzyść dzieła i świadczy o jego niezwykłém rozpowszechnieniu. — Zbyteczną więc byłoby rzeczą szerzyć się nad zaletami książki, i dla tego poprzestać możemy na sprawozdaniu, o ile wydanie 3cie wyróżnia się od swego poprzednika.

Na próżno oglądalibyśmy się za zmianami zasadniczemi, których zaprawdę nie było i potrzeby: ale z porównania uważnego nowego wydania z drugiém wynika, że autor nie przepomniał niczego, cokolwiek w ciągu ostatnich dwu lat zwrócić mogło na siebie uwagę lekarza sądowego. I tak uwzględnił przedewszystkiém przepisy nowéj ustawy niemieckiéj o postępowaniu karném oraz uchwały Sądów Najwyższych austryjackiego i niemieckiego do kwestyj sądowolekarskich odnoszące się; następnie umieścił wszędzie literaturę najnowszą, nie pomijając żadnego szczegółu, na uwagę zasługującego; daléj wzbogacił kazuistykę nowemi własnemi i cudzemi przypadkami, a podaje je autor krótko, zwięźle ale wyczerpująco, tak że nie męczy czytelnika; pomiędzy nowemi temi przypadkami zasługują na szczególną uwagę głośny przypadek rabunku popełnionego na szewcu wiedeńskim na przedmieściu Neubau po znieczuleniu go poprzedniém przez sprawców, domniemanych socyjalistów (str. 152), 2 przypadki przedarć w błonie śluzowéj i warstwach mięsnych części pochwowéj i szyjki macicznéj, powstałych śród przebicia błon płodowych (str. 257), nowy przypadek pęknięcia skóry i jamy ciała w skutek spadnięcia z wysokości [1]), przypadek śmierci młodego epileptyka w skutek nieznacznego uderzenia go ręką w bliznę ciemieniową, pozostałą u niego po obrażeniu głowy w dziecięctwie zadaném za pomocą kamienia, przyp. śmierci z powodu pęknięcia żylaka u kobiety, która trącona przez omnibus upadła (str. 335), wzmianka o słynnym przypadku Harbauma (str. 335) itd.

W tekscie samym znajdujemy tak liczne zmiany, poprawki i dodatki, że napis „wydanie pomnożone i poprawione" nie jest czczym frazesem. I tak na wstępie zwraca autor uwagę na potrzebę załączenia rysunków do protokołów sądowolekarskich oraz przechowywania rozmaitych przedmiotów, jak np. wyciętych i konserwowanych części obrażonych, celem demonstrowania ich podczas rozprawy przysięgłym; jasną jest rzeczą, że demonstracyja podobno więcéj jest pouczającą aniżeli najwymowniejszy opis; na głośnym przypadku tisza-eszlarskim zaś dowodzi korzyści ztąd nasuwać się mogących. W rozdziale o zgwałceniu wspomina autor o spółkowaniu z osobami zhypnotyzowanemi, a więc o kwestyi, która oddawna już usunięta z porządku dziennego w ostatnich właśnie latach znów poruszoną została (str. 157); również ciekawe dodatki mieszczą się w rozdziale o samcołoztwie (str. 170—172), o spędzeniu płodu (str. 241—49, 50, 54—57). W ważnym rozdziale o uszkodzeniach cielesnych również spotykamy się z cennemi dodatkami, jak np. o rozróżnieniu podbiegnięć krwi od pewnych form rumienia (str. 275), o zmniejszonéj odporności śledziony w okolicach malarycznych (str. 280); rzecz o ranach kłótych (str. 287—296) jest gruntownie przerobiona na podstawie odnośnéj pracy szczegółowéj autora, z któréj zdaliśmy sprawę w Przeglądzie Lek. (1881 Nr. 47 et seq.) [2]); w rozdziale o ranach postrzałowych oprócz kilku innych dodatków znajdujemy przypadek śmierci w skutek wybuchu piorunianu rtęciowego (str. 309). Na uwagę zasługują następnie wzmianka o drażliwości osób, które doznały ciężkiego uszkodzenia głowy (str. 315), rzecz o znaczeniu sądowolekarskiém chorób przyrannych i leczenia przeciwgnilnego (str. 336 i 442). Że Nussbaum poszedł za daleko, jak to w swoim czasie w Przegl. Lek. (1880, Nr. 24—25) staraliśmy się wykazać, wynika z następującego orzeczenia Sądu Najwyższego niemieckiego: Dziecko umarło z oparzenia, Sąd pierwszéj instancyi nie przypuścił związku przyczynowego pomiędzy oparzeniem a śmiercią, ponieważ lekarz orzekł, że śmierć prawdopodobnie

[1]) Przypadek ten jest arcyciekawy, a ponieważ byłem obecny przy sekcyi, podaję z notatek swoich bliższy opis uszkodzeń znalezionych tym razem:

Zwłoki kobiety, wyrobnicy, która spadła z rusztowania na Ringstrasse z wysokości 16 sążni; oględziny wykazują zgruchotanie kości czaszkowych, twarzowych, złamanie kości odnóg dolnych i wielorakie złamanie żeber: przedarcie worka sercowego. oddarcie głównych naczyń żylnych od serca, kilka pęknięć w mięśniu sercowym przeszywających; pęknięcie głębokie podłużne i kilka powierzchownych wątroby, złamanie kości łonowych. Największą atoli zmianą był otwór owalno-pionowy, rozciągający się mniéj więcéj od środka lędźwi aż do szpary pośladkowéj w długości 12cm. —, kość krzyżowa wyłamana a przez szczelinę obszerną sterczały na zewnątrz pętla jelit cienkich, kilkakrotnie przedartych i krwią podbiegłych oraz macica wielkości pięści.

[2]) Fachowe czasopismo francuskie *Annales d'hygiène et méd. leg.* redagowane przez prof. Brouardela w Paryżu dopiero teraz dowiaduje się o téj pracy i podaje ją jako oryginalną w zeszycie czerwcowym z r. b.

nie byłaby nastąpiła, gdyby od razu użyte zostały środki przeciwgnilne. Sąd Najwyższy atoli unieważnił wyrok z powodu, że zatrucie krwi nie byłoby nastąpiło, gdyby niebyło oparzenia; śmierć dziecka wynikła z otrucia krwi, otrucie krwi było następstwem oparzenia, ostatnie wynikiem nieprzezorności, a więc istnieje ścisły związek przyczynowy, do przypuszczenia którego wystarcza, jeżeli czyn lub zaniechanie było tego rodzaju, że bez nich skutek niebyłby nastąpił. — Na str. 357 zwraca autor uwagę na obrażenia powstające częstokroć przez upadnięcie ludzi nagłą śmiercią umierających, na str. 363 na możność powstania pod pewnemi warunkami podbiegnięcia krwi pośmiertnego; dalej zastanawia się nad pytaniem, czy uraz może wywołać gruźlicę (str. 369), nad samobójstwem wspólnie przez kilka osób wykonaném (str. 384), nad ranami kłótemi w okolicy serca (str. 396) itd. itd. Niepodobna wyliczyć wszystkie poprawki, dla tego poprzestajemy na powyższych kilku przykładach. Rycin w połowie 1éj jest 75, podczas gdy na ten sam tekst 2go wydania przypada tylko 69, a więc przybyło 6 nowych rycin; że one są dobre i wierne, wnoszę ztąd, że preparaty wszystkie prawie znamy dokładnie, a nawet przy niektórych sekcyjach, z których preparaty pochodzą, byliśmy obecni. — Objętość dzieła zdaje się będzie większą, albowiem już w połowie, którą mamy przed sobą, 26 stronnic przybyło w porównaniu z przedmiotem traktowanym w poprzedniém wydaniu.

Połowa 2ga ukaże się jeszcze w ciągu roku bieżącego; w niéj zapewne więcéj znajdziemy zmian i poprawek, w szczególności rozdział o otruciu ma uledz znacznemu przeobrażeniu. Nie wątpimy więc, że wydanie 3cie nietylko godném będzie poprzednich, ale znów na lat kilka reprezentować będzie obecne stanowisko nauki. *L. Blumenstok.*

Prof. Cohnheim i prof. Roy: **Badania nad krążeniem krwi w nerkach.**

Zmiany w objętości jakiegoś narządu dają nam bardzo dokładne wskazówki, jak zachowuje się wśród rozlicznych warunków ilość krwi w nim zawarta, a tém samém pozwalają nam wnosić o stosunkach krążenia w tymże narządzie. Na téj podstawie wymyślił Roy już dawniéj przyrząd zwany onkometrem do mierzenia objętości szczególnie śledziony w celu zbadania obiegu krwi w takowéj (Przegl. Lek. Nr. 9, 1882), obecnie zaś przy współudziale prof. Cohnheima zastósował tę metodę do badania stosunków krążenia w nerce.

Nerkę odsłonioną i wiszącą na swéj tętnicy, nerwach i moczowodzie zamykano w puszce metalowéj (onkometrze) pomiędzy dwiema błonami, sporządzonemi z otrzewny cielęcéj, a resztę pojemności puszki, tj. przestrzeń między ścianą téjże a błonami, osłaniającemi nerkę, wypełniano szczelnie oliwą. Tę przestrzeń puszki połączono za pomocą rurki z przyrządem piszącym tak, że każdą zmianę w objętości nerki można było graficznie przedstawić. Równocześnie badano za pomocą manometru rtęciowego parcie krwi w tętnicy szyjnéj u tego samego zwierzęcia. Wynik tych doświadczeń był następujący:

W zwykłych warunkach zachowuje się krzywa, przedstawiająca zmiany w objętości nerki, zupełnie podobnie jak krzywa, oznaczająca parcie krwi, przedstawia więc dwojakie wahania; większe, zawisłe od oddechu i mniejsze, zależne od tętna. Jeżeli parcie tętnicze podnosi się lub opada, to równocześnie podnosi się lub opada krzywa onkografu, objętość więc nerki zwiększa się lub zmniejsza. Nadto, niezależnie od zmian w parciu krwi, występują od czasu do czasu tak zwane samoistne zmiany w objętości nerki (powolne zwiększanie się, to znów zmniejszanie się objętości). Zmiany te nie są współczesne w obu nerkach, ani też równe co do ich stopnia, a jakiegoś prawidła nie można się było w nich dopatrzeć mimo bacznéj uwagi.

Wydzielanie moczu odbywało się w ciągu doświadczenia najzupełniéj prawidłowo, tak co do ilości jakotez jakości moczu.

Gdy u zwierzęcia zakuraryzowanego wstrzymano oddech sztucznie podtrzymywany, to wraz z podwyższeniem się parcia krwi następowało zawsze silne i szybkie zmniejszenie się objętości nerki bez względu na to, czy przedtém przecięto nerwy trzewowe czy nie. Natomiast po przecięciu wszystkich nerwów wchodzących do wnęki nerkowéj następuje powiększenie objętości nerki i to ręka w rękę z podwyższaniem się parcia krwi. Z tych doświadczeń wynika, że przepełnienie krwi kwasem węglowym nie ma wcale wpływu na skurcz naczyń nerkowych, że zwężenie naczyń nerkowych przy zachowanych nerwach mimo podwyższonego parcia krwi (które stara się naczynia rozszerzyć) tłumaczy się odruchowém podrażnieniem nerwów naczynioruchowych i że rozszerzenie naczyń po przecięciu nerwów nerkowych jest wynikiem mechanicznego rozszerzenia naczyń, przeciw któremu czynność odruchowa już oczywiście działać nie może.

Podobnież drażnienie dośrodkowego końca przeciętego nerwu kulszowego lub innych nerwów czuciowych jakotéż zatrucie strychninem wywołuje wraz z podwyższeniem parcia krwi znaczne i szybkie zmniejszenie się objętości nerki również tylko przy utrzymanych nerwach nerkowych; natomiast po ich przecięciu następuje powiększenie się nerki.

Przecięcie nerwów trzewowych nie ma najmniejszego wpływu na stan naczyń nerkowych, drażnienie atoli czy to dośrodkowego, czy też odśrodkowego końca tychże nerwów wywołuje gwałtowne zmniejszenie się objętości nerki nawet do 18% jéj pierwotnéj objętości. Z tego wynika, że prócz nerwów trzewowych są jeszcze inne drogi naczynioruchowe, prowadzące z rdzenia pacierzowego do nerki.

Istnienie nerwów, którychby podrażnienie sprowadzało rozszerzenie naczyń nerkowych, jest bardzo wątpliwe.

Najciekawszy wynik otrzymano za chwilowém zamknięciem jednéj tętnicy nerkowéj. Okazało się bowiem, że to nie ma najmniejszego wpływu na krążenie w drugiéj nerce. Z tego wypływa, że ze strony naczyń wcale nie może istnieć jakiś mechanizm odruchowy, któryby pośredniczył przy obejmowaniu zastępczéj czynności nerki jednéj przy schorzeniu lub wycięciu drugiéj. Przerost więc drugiéj nerki należy tłumaczyć sobie raczéj wpływem, jaki na krążenie w nerce wywiera zmieniony skład krwi, a w szczególności obecność pewnych składników we krwi.

Zamknięcie nie tylko tętnicy nerkowéj ale i wielu innych tętnic wielkich nie ma żadnego wpływu na krążenie w nerce.

Związku między czynnością skóry a czynnością nerki, o jakim niektórzy wspominają, nie można było wcale wykazać, zmywania bowiem czy to zimną czy też gorącą wodą zwierzęcia do doświadczenia użytego nie wywierały żadnego wpływu na krążenie w nerkach. *(Virchows Archiv.* Tom 92 zeszyt III). *Dr. Prus.*

P. Fürbringer: **O dyfterytyczném zap. nerek.**

Fürbringer opierając się na 10 przypadkach ciężkiej dyfteryi, które się śmiercią skończyły, podaje w *Virchowa*

Archiwie XCI ciekawe badania i spostrzeżenia, nad przebiegiem chorobowym i zmianami, jakie dyfteryja w nerkach wywołuje. We wszystkich 10 przypadkach uderzającém było, że ilość całodzienna moczu nader była zmniejszoną. Zmniejszenia tego nie było sobie można wytłumaczyć ani gorączką ani objawami zastoinowemi. Zupełna anuryja ani razu jednak nie wystąpiła. Mocz był zawsze blady, nigdy krwi nie zawierał. Ciężar gatunkowy wahał się między 1,010 a 1,020.— Ilość białka z moczem wydzielanego szła w parze z nasileniem objawów chorobowych ogólnych. Największą ilość białka wydzielał chory w czasie najmocniejszych objawów chorobowych. Największa ilość znajdowanego białka wynosiła 2 procent.

Badanie drobnowidowe osadu w przypadkach najcięższych wykazywało wałeczki, szklące, delikatne, a po części także drobnoziarniste, złożone z rozpadłych komórek przybłonka i ciałek krwi. Nader rzadko znajdowały się wałeczki przybłonkowe, lub téż grube szklące. W jednym przypadku tylko napotkano wałeczki krwawe, na pół odbarwione. Obok tych wałeczków znajdowały się tu i owdzie odosobnione komórki z przybłonka kanalików nerkowych, ciałka krwi białe i czerwone, gdzieniegdzie zbite w kulki za pomocą kryształków kwasu moczowego lub szczawianu wapniowego. Bakteryj autor nie mógł w osadzie dostrzedz.

Badanie anatomiczne wykazywało w nerkach makroskopijnie tylko w przypadkach bardzo ciężkich lekkie obrzmienie istoty korowéj. Istota korowa była anemiczną, wejrzenia szarawo-żółtego, o rysunku niewyraźnym. Badanie drobnowidowe wykazało tylko w 2 przypadkach mierne stłuszczenie kanalików kory. Przeważało zawsze tylko zwyrodnienie przybłonków kanalików zwiniętych (*Tubuli contorti*). Zwyrodnienie to jednak nie rozciągało się jednostajnie na całą istotę miąższową. W miejscach największego zwyrodnienia kanaliki bywały znacznie rozszerzone. Przyczyną tego rozszerzenia było zatkanie otworu komórkami nabrzmiałemi lub téż wałeczkami. Zmiana osłonki Bowmana polegała na obrzmieniu przybłonków. Autor nie mógł w żadnym przypadku stwierdzić dotąd opisywanéj obecności grzybków drobnowidowych. Jest on zdania, że autorowie, którzy je opisują, wzięli bakteryje gnilne za prątki pochodzące z zakażenia.

Zmiany przez autora wykazane mają być, zdaniem jego, wywołane przez wydzielanie się z krwi jakiejś trucizny płynnéj; zmiany bowiem zapalenia nerek dyfterytycznego odpowiadają zupełnie obrazowi anatomicznemu, jaki przedstawia zapalenie nerek wywołane ciałami trującemi. Zapalenie dyfterytyczne nerek zasługuje dla tego na miano zakaźnéj *Nephritis desquammativa acuta*. Ani osłonka zwojów ani zwyrodnienie przybłonków nie są przyczyną białkomoczu. Celem wytłumaczenia oliguryi trzeba się uciec do ogólnych objawów zakażenia, zmniejszających parcie krwi, a także do zatkania kanalików wałeczkami. Ω.

Docent L. Lewin: **Badania nad zachowaniem się mącznicy niedźwiedziny (*Folia Uvae Ursi*) i arbutyny w ciele zwierzęcém.**

Jedném z małéj liczby lekarstw, które z dawnéj medycyny przeszły do medycyny nowéj, jest *Uva Ursi*. Lek ten jeszcze dotąd nader często zaleca się w uporczywych chorobach dróg moczowych. Mimo jednak, że cechą medycyny nowszéj jest krytyczne ocenienie każdego środka na podstawie badań chemicznych, fizyjologicznych i klinicznych, o składnikach *Uvae Ursi* mało nader spotykamy wiadomości w podręcznikach farmakologii, a jeszcze mniéj o działaniu fizyjologiczném tego leku na ustrój zwierzęcy. To nas skłania, że z pracy wyczerpującéj Dra Lewina, ogłoszonéj pierwotnie w Virchowa Archiwie 1883, 3 zeszyt, podajemy nieco obszerniejsze sprawozdanie.

Już przeszło wiek upłynął od czasu, jak lek ten pierwszy raz dostał się do zbioru środków polecanych przez lekarzy uczonych. Początkowo przypisywano mu nader zbawienne działanie na kamienie pęcherza. Lek ten miał ni mniéj ni więcéj tylko radykalnie usuwać to cierpienie przez rozpuszczenie kamienia. Wkrótce jednak okazało się, że jakkolwiek, jak to zwykle i teraz bywa, przeceniano zrazu działanie lecznicze tego środka, to przecież wywiera on bardzo zbawienny wpływ na niektóre zmiany narządu moczowego, w szczególności na tle nieżytowém. Z tego powodu *Uvae ursi* już od początku bieżącego stulecia należą do renomowanych środków w nieżytach miedniczek nerkowych, pęcherza i cewki, a także zalecano je, jako środek wstrzymujący, w krwotokach dróg moczowych. Bright polecał *Folia Uvae ursi* w chorobie od niego nazwanéj jako *diureticum*. Przypisywał on im własność rozpuszczania wałeczków i wstrzymywania tworzenia się nowych. Przy tém lek ten miał zmniejszać w *Diathesis uratica* ilość kwasu moczowego i moczanów w moczu. Inni znów lekarze polecali go w nieżytach dróg oddechowych, a Harris poleca go dla podniecenia kurczów macicy przy porodzie. Tyle o dotychczasowych wiadomościach farmakodynamicznych tego środka.

Chemija znów wykazuje, że głównym składnikiem liści *Uvae ursi* jest tanina, daléj kwas galusowy, urson, ciało krystalizujące w bezbarwne jedwabiste igły, we wodzie, rozcieńczonych kwasach i alkalijach nierozpuszczalne, a wreszcie glykozyd *arbutina*. Arbutyna jest ciałem smaku gorzkiego, krystalizującém w bezbarwne słupy, we wodzie łatwo, trudno zaś w wyskoku rozpuszczalne. W eterze wcale się nie rozpuszcza. Gotowana z rozcieńczonemi kwasami rozpada się na cukier, metylhydrochinon i hydrochinon. Arbutina nie ulega wpływowi fermentującemu drożdży. Płaszczyznę polaryzacyjną strąca na lewo. Ta właściwość, zdaniem autora, może posłużyć w wielu razach do wykrycia arbutyny. Po zagotowaniu z rozcieńczonemi kwasami skręca arbutyna płaszczyznę polaryzacyjną na prawo (skutkiem rozpadu). *Decoctum Uvae ursi*, skutkiem znacznéj zawartości arbutyny, skręca także płaszczyznę polaryzacyjną na lewo.

Na podstawie tych własności składników liści *Uvae ursi* postanowił autor przystąpić do zbadania ich pod względem farmakodynamicznym. Ponieważ Urson jest w wodzie, w alkalijach i kwasach nierozpuszczalnym, rozchodzi się więc tylko o działanie arbutyny i kwasu garbnikowego, jakotéż galusowego.

I. Działanie arbutyny na ustrój zwierzęcy. Autor rozbiera tutaj dwa pytania: 1) Czy arbutyna przy wewnętrzném lub podskórném stósowaniu ulega rozkładowi i to częściowemu lub całkowitemu; 2) Zkąd pochodzi zciemnienie barwy moczu po użyciu arbutyny i czy jeszcze zachodzą jakie inne zmiany w moczu. — Co do pierwszego pytania to doświadczenie wykazało, że po wstrzyknięciu pod skórę lub wewnętrzném użyciu arbutyna rozpada się, podobnie jak przez zagotowanie z kwasami rozcieńczonemi. W moczu można wykazać Hydrochinon. Ponieważ ciało to sprawia, że mocz pod wpływem powietrza przybiera zabarwienie oliwkowo-zielone lub zielonawo-brunatne, więc tłumaczy to i ciemniejsze zabarwienie moczu. Jednakowoż niecała ilość arbutyny rozpada się na hydrochinon i na cukier. Część przechodzi jako taka do moczu. Wykazać ją można z łatwością

w przyrządzie polaryzacyjnym.—Co się tyczy działania trującego arbutyny, to mogłoby ono chyba tylko pochodzić od hydrochinonu. Brieger podaje, że po znacznych dawkach hydrochinonu występuje zawrót głowy, dzwonienie w uszach, przyspieszenie oddechania, zwolnienie tętna, wreszcie dreszcze i sinica. Po użyciu arbutyny jednakowoż, zdaniem autora, nie mogą wystąpić te objawy zatrucia, bo hidrochinon występuje tu w połączeniu z kwasem siarkowym. Z tego powodu arbutynę należy uważać za ciało dla organizmu zwierzęcego nieszkodliwe.

II. Zachowanie się liści *Uvae ursi* w ustroju zwierzęcym. Tutaj występuje głównie działanie kwasu garbnikowego i arbutyny względnie kwasu sulfohydrochinonowego. Autor podawał zwierzętom odwar z 900 gramów *fol. Uvae ursi* na 1.000 grm. wody. W moczu znajdowano taninę jako taką (co autor już przy doświadczeniach z taniną udowodnił), a prócz tego ciało o własnościach mocno odtleniających, które odpowiadało hydrochinonowi. Wreszcie i ślady arbutyny występowały w moczu, charakteryzujące się tém, że polaryzowały na lewo. Mocz taki, podobnie jak po użyciu saméj arbutyny, prędko na powietrzu ciemniał, co zdaniem autora pochodzi wyłącznie od hydrochinonu.

Według tych spostrzeżeń sądzi autor, że taninie w *folia Uvae ursi* przypada bardzo mała rola w działaniu leczniczém na nieżyt pęcherza i w ogóle błon śluzowych narządu moczowego. Tanina działa tutaj ściągająco, znajduje się jednak w zbyt małéj ilości, aby skuteczność tego leku jéj tylko przypisać było można. Główną rolę leczniczą zdaje się tutaj odgrywać arbutyna, a względnie hydrochinon. Ponieważ hydrochinon należy do środków o mocném działaniu przeciwgnilném (rozczyn 1% wstrzymuje na długi czas gnicie białka; ½% wstrzymuje fermentacyję alkoholową etc.), łatwo więc być może, że działanie jego lecznicze polega tutaj na téj własności. Hydrochinon sam przez się w rozczynie świeżym nie działa gryząco, działanie to jednak występuje skoro tylko rozczyn ciemnieje, tj. hydrochinon zacznie się utleniać (Brieger). Zdaniem autora i to działanie lekko drażniące błonę śluzową ma znaczenie w chronicznych nieżytach pęcherza. Wreszcie hydrochinon posiada także własnosci ściągające. Główne zatém działanie lecznicze liści *Uvae ursi* polega, zdaniem autora, na antyseptycznych, drażniących i ściągających własnościach hydrochinonu.

Jeżeli zgodzimy się na powyższe wyniki doświadczeń, to należy się teraz zastanowić, czy dotychczasowy sposób przepisywania *foliorum Uvae ursi* był odpowiednim i racyjonalnym. Otóż przedewszystkiém dawki dotąd polecane były nadto małe. Jeżeliby 1 grm. arbutyny uległ w organizmie całkowitemu rozpadowi w hydrochinon i cukier, to utworzyłoby się tylko 0.4 hydrochinonu. Tyle jednak w rzeczywistości nie powstaje hydrochinonu, bo część arbutyny wydziela się z moczem nierozłożona. Ponieważ przytém liście *Uvae ursi* wcale nie wiele zawierają arbutyny, więc ilość wytworzonego hydrochinonu jest nader szczupłą. Z tego powodu należy polecać odwary z 30—50—80 grm. *fol. Uvae ursi* na 180. Po tych jednak dawkach często występują nudności i wymioty w połączeniu z bólem żołądka. To uboczne działanie pochodzi od znacznéj ilości kwasu garbnikowego, który takie odwary zawierają w znacznéj ilości. Nadmiar taniny można oddalić przez skłócenie dekoktu z węglem. Należy więc w takim razie polecić: *Rp. Decocti fol. Uvae Ursi* 30—50—80 grm, : 180, *agita c. Carbone vegetabil. q. s. ad remov. Acid. tannic. Filtra. S....* Wszystkich tych niedogodności uniknie się, a przy tém znacznie się zmniejszy i koszta sporządzenia leku, jeżeli zamiast odwaru powyższego poleci się samą arbutynę. Arbutyna nie ma żadnego przykrego ubocznego działania i skutkiem łatwéj rozpuszczalności łatwo się da użyć. Należy polecać arbutynę albo w postaci płynnéj: *Rp. Arbutini 5,00, Aq. destillatae 100.00 S....*; lub proszków: *Rp. Arbutini 1.00, Sacchari 0,50 f. pulv. S...* Wielkość dawek zależną jest od ciężkosci przypadku. Zdaniem autora hydrochinon nie może zastąpić arbutyny, bo może właśnie rozpad arbutyny w miejscu dotkniętém, np. w pęcherzu, i wydzielenie tutaj hydrochinonu ma znaczenie.

Dr. Kopff.

Prof. L. Brieger: **Przyczynek do nauki o ptomainach.**

W roku zeszłym zaznajomiliśmy wspólnie z prof. Blumenstokiem czytelników Przeglądu Lek. z literaturą alkaloidów gnilnych, tak ważną dla wszystkich gałęzi medycyny. W dalszym ciągu podajemy teraz sprawozdanie z pracy prof. Briegera, asystenta kliniki Frerichsa w Berlinie, ogłoszonéj w *Zeitschrift für physiol. Chemie*, VII, 3, 1883.

Autor już od dłuższego czasu zajmował się badaniem ptomainów, uważając kwestyję tę za nader ważną dla patologii. Otrzymywał on je z gnijących ciał białkowatych. Doświadczenie nauczyło go, że tylko wśród pewnych okoliczności przy gniciu białka wytwarzają się ptomainy; że daléj ptomainy powstają tylko w pierwszych chwilach gnicia, skoro zaś proces rozkładu białka się wzmoże, nie można ich już odszukać. To zwróciło uwagę Briegera na produkty powstające śród przemiany białka, nader ważne dla organizmu jak peptony. Autor otrzymał pepton z 200grm. wilgotnego włóknika przez 24-godzinne działanie soku żołądkowego. Pepton tym sposobem otrzymany nie przedstawiał żadnych produktów gnicia, nie zawierał ani indolu, ani fenolów, ani jakichkolwiek oksyaromatycznych kwasów powstających śród gnicia białka. Pepton taki odparował B. szybko do gęstości syropu i wyciągał alkoholem etylowym na ciepło. Po odparowaniu alkoholu otrzymał pozostałość, którą znów wyciągał alkoholem amylowym przez czas dłuższy. Alkohol amylowy po odparowaniu dał pozostałość bezpostaciową, brunatną, działającą na żaby trująco już w nader małych ilościach. Chcąc oczyścić ciało trujące, znajdujące się w masie brunatnéj, autor zaprawiał pozostałość z wyciągu amylowego obojętnym rozczynem octanu ołowiowego. Po przesączeniu strącał ołów kwasem siarkowodowym, następnie rozczyn czysty znów kłócił z eterem, pozostałość wyciągał znów alkoholem amylowym, po odparowaniu którego otrzymaną pozostałość rozpuszczał w wodzie i przesączał. Rozczyn wodny, teraz bezbarwny, zawierał ciało trujące. Ciało to przechodziło tak z rozczynu kwaśnego jak i alkalicznego w alkohol amylowy. Za ogrzaniem alkohol ten łatwiéj go przyjmował niż na zimno. Ciało to jest łatwo rozpuszczalne w wodzie, w eterze zaś, benzolu i chloroformie nierozpuszczalne. Nie ulegało ono rozkładowi ani przez gotowanie, ani przez przeprowadzanie dłuższe kwasu siarkowodowego, ani przez działanie silnych alkaliów. Z kwasem fosforo-molybdenowym i fosforo-wolframowym daje osad obfity, biały, z rozczynem kw. garbnikowego zabarwienie ciemne, z jodydem kadmowo-potasowym również jak i z jodydem rtęciowo-potasowym osad zbity, żółty, z jodydem kadmowo-bismutowym osad czerwony. Chlorek platynowy nie strąca osadu. Rozczyn kwasu jodowodowego zawierający jod, również jak i rozczyny jodu dają strąt brunatny. Nadżelasinek potasowy i chlorek żelazowy dają strąty niebieskie.

Charakterystycznėm jest oddziaływanie względem odczynnika Milona. Z odczynnikiem tym powstaje naprzód osad biały, który przy gotowaniu barwi się ciemno-czerwono. Wskazuje to, że rozczyn zawiera jakieś połączenie hydroksylowe lub amidowe benzolu. Kilka kropli wodnego rozczynu tego ciała wystarczały, aby żabę zabić w ciągu 15 minut. Dwa gramy tego rozczynu pod skórę zastrzyknięte zabijały króliki silne w ciągu kilku chwil. To samo ciało trujące otrzymał autor poddając gniciu włóknik, kazeinę, neurynę, wątrobę lub mięśnie. *Dr. Kopff.*

Rossi Bey: **Hedżas, pielgrzymki i cholera.**

Autor żył lat wiele w Egipcie i odbywał po nim wiele podróży, wywody więc jego oparte są na dokładnéj znajomości kraju i stosunków. Rozbiera on pytania: 1) Czy cholera jest skutkiem geologicznych i klimatycznych właściwości Hedżas? 2) Czy jest skutkiem długich mozolnych i niebezpiecznych podróży, nagromadzenia wielu tysięcy ludzi i ceremonij religijnych, jakie pielgrzymi w czasie drogi spełniają? 3) W razie jeżeli nie jest skutkiem ani jednéj ani drugiéj z tych przyczyn, w czém leży właściwe jéj źródło?

Podaje najpierw opis kraju Hedżas (*Arabia deserta* geografów) tj. kraju, w którym znajdują się miejsca święte, do których każdy muzułmanin obowiązanym jest odbyć w pewnym czasie pielgrzymkę, do nich téż zdążają karawany ze wszystkich stron świata muzułmańskiego. Jedne dążą od Damaszku, inne od Yemenu, trzecie od Maskatu, do których przyłączają się liczne szczepy beduinów a nakoniec inne karawany z Egiptu. Te ostatnie obejmujące wiernych z Tripolidy, Tunisu, Algieru, Marokka, Czyrkasyi, Turcyi europejskiéj itd. są pod względem odpowiedzi na powyższe pytania najważniejsze.

Po wyczerpującem omówieniu dróg, sposobu życia, zwyczai religijnych, przychodzi autor do wniosku, że gdyby Hedżas było punktem wyjścia dla cholery, okoliczności w czasie pielgrzymki istniejące niezawodnie sprzyjałyby jéj powstawaniu sporadycznemu, endemicznemu lub epidemicznemu, w czasie jednak swego 3-letniego pobytu tamże, podczas którego zajmował stanowisko dozwalające mu czynić spostrzeżenia na szeroką skalę (praktyka jego rozciągała się na 3 pułki piechoty, wiele oddziałów nieregularnego wojska nie licząc mieszkańców), nigdy nie widział form chorobowych, które możnaby łączyć z cholerą, odpowiada więc przecząco na pierwsze pytanie.

Taką samą daje téż odpowiedź i na drugie pytanie. Niewygody i trudy długiéj podróży, upały zwrotnikowe i nieraz nagła zmiana ciepłoty, zwyczaje religijne połączone z wysiłkiem ciała, czasem brak wody do picia i zdrowego pożywienia, nagromadzenie tak wielkich mas ludzi, wystawionych nieraz na złe obchodzenie, wilgoć gruntu, pobyt w miejscach niezdrowych skutkiem wyziewów wielu nieczystości i znacznych ilości krwi pochodzącéj z wielu tysięcy zwierząt ofiarnych dają powód do częstego zapadania i istotnie pojawiają się gorączki, niedokrewności, omdlenia, udary słoneczne, biegunki zapalenia opłucny, płuc, cierpienia gośćcowe i takież gorączki, niestrawności, kolki, rozwolnienie itd., ale żadna z pojawiających się tych chorób ani wszystkie razem nie są źródłem cholery.

Gdyby tak się rzecz miała, pojawianie się cholery musiałoby się schodzić z każdą pielgrzymką, tak się to jednak rzadko zdarza, iż w Arabii w 60 latach było tylko 5 epidemij cholery 1823, 1831, 1847, 1863 i 1881, autor uważa zatém kraj i pielgrzymki jedynie za momenty sprzyjające rozwojowi choroby, gdy ona już jest zawleczoną, — początku, źródła choroby należy tam szukać, gdzie ona jest niezawodnie endemiczną, t. j. w Indyjach.

Po omówieniu stosunków i warunków, w jakich cholera tam powstaje, podaje autor, że od r. 1817 do 1830, a więc w ciągu 13 lat, 13 epidemij cholery kraj pustoszyło, i że w latach od 1825—1841 liczba przypadków śmierci z cholery w wojsku europejskim stanowiła $^1/_8$ wszystkich przypadków śmierci. — Za ostateczną przyczynę cholery poczytuje autor coś swoistego, nieznanego, idzie mu tylko o to aby okazać, że Indyje są kolebką zarazy, że należy to uwzględniać przy wszystkich zarządzeniach ochronnych, jakie Europa przedsiębierze. Autor uważa téż za półśrodek wszelkie zarządzenia przeciw dalszemu szerzeniu się choroby do Hedżas zawleczonéj, — wszelkie zarządzenia należy zwrócić ku Indyjom, tamtejsze niezdrowe stosunki wypada poprawić a zanim to nastąpi, wszystko co ztamtąd pochodzi, należy poddawać kwarantanie a to mimo wszelkich patentów (*Patente netta*). Żądanie to opiera na udowodnioném pomijaniu zarządzeń urzędowych i protestuje przeciw sposobowi w jaki władze angielskie pomiatając zarządzeniami sanitarnemi, interesa handlowe na pierwszy plan wysuwają, odpiera zaczepki, jakie przeciw urzędom zdrowotnym, a mianowicie przeciw międzynarodowéj Komisyi, w niektórych miastach angielskich i dziennikach podnoszą, i okazuje, iż szerzono fałszywe podania o pojawieniu się cholery w Indyjach i na okrętach z Indyj płynących a przez kanał suezki przechodzących i że niesłusznie oczerniano członków Komisyi. Autor żąda w końcu surowych postanowień, których zasady podaje w 11 paragrafach; najważniejszém jest, zdaniem jego, ścisła kwarantana pod nadzorem międzynarodowéj Komisyi a wykonywana przez urzędników europejskich przed Europą odpowiedzialnych. (*Giornale della Società Italiana d'Igiene 1882—5—8*). *Dr. Grabowski.*

Wiadomości pomniejsze.

(J. S.) Henoch: O zasadach profilaktycznych w przebiegu płonicy i błonicy. (Wykład miany w Tow. lek. berlińskiém). W wykładzie swoim nie podaje autor wcale pewnych nowych środków zapobiegawczych, położył on sobie za zadanie przejrzeć ustawy obowiązujące w tym względzie w różnych częściach państwa niemieckiego a zastanowiwszy się szczegółowo, o ile one są słusznemi i odpowiadają celowi, porusza tę sprawę w łonie berlińskiego stowarzyszenia lekarskiego, aby rzecz dokładnie rozważono i projekt odpowiednio opracowany przedłożono władzy. Jeżeli władza nie zgodzi się na przyjęcie tego projektu, to przynajmniéj stało się ze strony lekarzów zadość wymaganiom nauki i doświadczenia. Już samo donoszenie władzy o przypadkach chorób zakaźnych odbywa się rozmaicie, a często jest zupełnie pomijaném. Te wykazy lekarskie stanowią zdaniem autora „cenny materyjał,“ z którego zaledwie statystyka zbiera daty, nie mają one wcale ze strony władz zastósowania w zapobieganiu szerzeniu się chorób. Drugi najwięcéj rozpowszechniony przepis dotyczy odosobniania chorych. Ten przepis daje się w praktyce przeprowadzić jedynie u chorych zamożnych, w praktyce ubogich nie ma zazwyczaj ani mowy o odosobnieniu dotkniętych chorobą zakaźną. Tak samo ma się rzecz z desinfekcyją, o któréj zazwyczaj ani się myśli, a sama przestroga ze strony otaczających chorego, aby lekarz opuszczając to mieszkanie pokropił się wodą karbolową, zwykła uśmiech wywoływać na jego ustach, bo przecież temu pokropieniu nie przypisze nikt skuteczności. Czwarty

przepis dotyczy zamknięcia szkół. Zdaniem H. przepis ten odniósłby tylko wtedy skutek pożądany, gdyby wszystkie dzieci téj rodziny, w któréj jedno choruje, powstrzymano od uczęszczania do szkoły. Sama ustawa nie tylko że nie wspomina o błonicy, bo wydaną została jeszcze w roku 1835 i obejmuje jedynie ospę, odrę i płonicę, lecz sam wyraz w niéj użyty może być rozmaicie tłumaczony, co zmienia zupełnie postać rzeczy. Już wro ku 1868 podnosił Veit głos w téj sprawie, po nim domagali się Thomas, Uffelmann i Baginsky wydalenia ze szkoły całego rodzeństwa dziecka chorego; autor posuwa się jeszcze daléj, gdyż wymaga ukarania rodziców lub lekarza, któryby zaniechał donieść władzy o przypadku choroby zakaźnéj. Przepisy tego rodzaju obowiązują już w różnych okolicach państwa niemieckiego, ale w stolicy saméj nie istnieje dotąd nic podobnego. Świadom, że przepis tego rodzaju napotkałby zrazu na liczne trudności, radzi autor skrócić ile możności czas tego wydalenia ze szkoły, a długość pory wylęgania ma stanowić wskazówkę w oznaczaniu tego terminu, tak tedy u ludzi zamożnych trwałby on dla błonicy 14 dni, tam bowiem najprędzéj spodziewać się należy, że chorzy bywają ściśle oddzielani od zdrowych i że w tym czasie zakażenie nie nastąpiło. W praktyce ubogich powinienby ten czas trwać przynajmniéj 4 tygodnie. (*Berl. klin. Wochenschrift* Nr. 25, 1883).

(I. S.) Ośmioletniemu dziecku, które zapadło od 5ciu dni na ostry śluzoropotok spojówek z obfitą wydzieliną ropną a po zapędzlowaniu 2% rozczynem azotanu srebrowego doznało znacznego pogorszenia, zasypywano spojówki jodoformem, który okazał się nader skutecznym tak, że sprawa ukończyła się w przeciągu 8miu dni. (*Med. chir. Central-Blatt*, Nr. 26, 1883).

(I. S.) Snellen przekonał się, że wydzielina prawidłowéj spojówki oddziaływa obojętnie, wydzielina śluzowa téjże oddziaływa alkalicznie. Na podstawie tego spostrzeżenia stosował w zapaleniu mieszkowém spojówki pędzlowanie rozczynem (1:1000) kwasu azotowego lub chlorowodowego z nader pomyślnym skutkiem.

Ω Jako pewne **Emenagogum** poleca Blackwood prąd elektryczny na okolicę macicy i jajników. W przypadkach nagłych można stosować jeden konduktor na część pochwową, drugi na powłoki brzuszne. (*Allg. med. C. Ztg.*)

Ω. **Przeciw astmie** poleca gorąco Huchard:

Rp. Kalii jodati
Trae Lobeliae
Trae Polygal.
āā 10.00
Extr. opii 0.10
Aq. destilatae 300.00.

D. S. Łyżkę rano i wieczór brać.
(*Journal de med. de Paris* 1883).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

IX Posiedzenie zwyczajne Tow. lek. krak. z d. 16 maja 1883.
Przewodniczący kol. Obaliński. Członków obecnych 20.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i bez zmian przyjęto.

2) W dalszéj dyskusyi nad wykładem kol. A. Rosnera: „O wstrzykiwaniach podskórnych przetworów rtęciowych“ przytacza kol. Lustgarten 2 przypadki z swéj praktyki, które także wstrzykiwaniami leczył. Pierwszy chory otrzymał 28 wstrzykiwań, a teraz po 2 latach nie było żadnego nawrotu choroby, u drugiego chorego zrobiono przed 2 laty 25 wstrzykiwań, a chory też do tego czasu jest zupełnie zdrów. Kol. Zarewicz w tych przypadkach nie przypisywałby wpływu terapeutycznego jedynie temu sposobowi lekowania; znane bowiem są przypadki, że tak po innêm leczeniu, jak i bez żadnego lekowania, nawroty albo wcale nie występują, albo téż dopiero po kilku i kilkunastu latach pojawiają się.

3) Przewodniczący oznajmia, że posiedzenie na dzień 2gi maja zapowiedziane dla tego nie przyszło do skutku, że członkowie, którzy w dyskusyi udział brać chcieli, przybyć na nie nie mogli.

4) Dr. Lesław Gluziński przyjęty został jednomyślnie na członka czynnego Towarzystwa.

5) Kol. Ściborowski okazał i objaśnił mały kieszonkowy przyrząd pomysłu Dölla, służący do szybkiego przy łóżku chorego wykrycia białka i cukru w moczu.

6) Kol. Gluziński wyłożył rzecz „O zejściu zapalenia płuc włóknikowego w zapalenie śródmiąższowe“. (Wykład ten ogłoszony jest w Przeglądzie Lekarskim).

W dyskusyi zabiera głos kol. Browicz. Nie przyłącza on się do zdania tych badaczów, którzy w tego rodzaju zejście zapalenia wierzą; a jeżeli do zapalenia płuc włóknikowego dołącza się zapalenie śródmiąższowe, to to ostatnie tylko jako powikłanie uważać musi. Kol. A. Rosner zwraca uwagę prelegenta na pominiętą przez niego okoliczność, iż przyczyną zapalenia płuc śródmiąższowego bywa także kiła i że u kiłowych to zejście częściéj się może przydarza.

Na tém posiedzenie zakończono.

Dr. H. Mendelsburg.

VI. Urywki z dziejów ginekologii.

Napisał **Dr. M. Kohn** w Krakowie.

LITERATURA: Oeuvres d'Hippocrate. *Gardeil et de Coray.* Paris 1855. — Aretaeus. *Translated by Francis Adams.* London, 1856. — Paulus Aegineta. *Translated by Francis Adams.* London, 1854. — Oeuvres complètes d'Ambroise Paré par Malgaine. Paris, 1840. — Albucasis. *La chirurgie. Traduite par Leclerc.* Paris, 1861. — Guillemeau. *Les oeuvres de G.* Paris, 1612. — Wolphius. *Gynaeciorum Commentarii.* Basle, 1586. — Spaohius. *Gynaeciorum Libri.* Strasburg, 1597. — Rueffus. *De conceptu et generatione hominis* itd. Frankfurt a./M. 1587. — Scultetus. *Armamentarium chirurgicum.* Frankfurt, 1666. — Kenrick. *Ancient Egypt.* — Wilkenson Sir G. *Manners and Customs of the Ancient Egyptians.* — Daremberg. *La medecine. Histoire et doctrines.* Paris, 1865. — Jenks Edward W. *The practice of Gynecologie in ancient times.* Chicago Ill., 1881.

Powszechném jest mniemanie, że nauka ginekologii jest zdobyczą 19go stulecia, a rzeczywiście rozwój jéj szybki od czasu ważnych prac Recamiera i współczesnych mu autorów zdanie to na pozór uzasadnia. Dzieje nauki lekarskiéj pouczają nas jednak, że i z innemi działami medycyny podobnie jak z ginekologiją działo się w ten sposób, iż nauka posunięta do znacznéj doskonałości a będąca wówczas własnością tylko wybitnych osobistości pewnych narodów, w skutek rozmaitych okoliczności zaginęła u następnych pokoleń, aby po kilku lub nawet kilkunastu wiekach na nowo się rozwijać i krzewić, przyczém zapomniane już idee na nowo odkrywano i w użycie wprowadzano. Tak było z medycyną wewnętrzną, tak z chirurgiją, podobnie z ginekologiją. W naszych dopiero czasach zaczęto zajmować się pilniéj historyją medycyny, a rezultaty gorliwych i pilnych badań wykazały, że w odległéj starożytności nauka nasza była już pielęgnowaną i zajmowała niepoślednie stanowisko, którego w nowszych czasach na nowo dopiero dobijać się musiano. Wyciągi niektóre z takich prac historycznych dotyczące ginekologii podaję do wiadomości kolegów, sądząc że wydadzą się im zajmującemi, gdyż sam nietylko niezmiernie ciekawemi ale i użytecznemi je znalazłem. Posiłkowałem się

angielskiemi i francuskiemi tłumaczeniami autorów starożytnych, jak niemniéj monografijami w tym przedmiocie w tych językach publikowanemi, a wyciągi podaję kolegom bez wszelkich uwag.

Do najwcześniejszych pisarzy lekarskich, po których zostały nam prace, należą wprawdzie Grecy; nie byli oni jednak najdawniejszymi, gdyż już i ich nauka nie była pierwotną ale pochodziła od starych Egipcyjan, o których to Homer mówi: że „byli uczonymi nad wszystkich innych mężów i pochodzili wprost od Apolina“. Historyja starego Egiptu poucza nas, że dawno przed Hipokratesem rozróżniano już w Egipcie lekarzy specyjalnych do rozmaitych gałęzi nauki lekarskiéj, a niemniéj także do chorób kobiecych. Kendrick w swojém dziele *Ancient Egypt* opowiada, że sława lekarzy egipskich była bardzo rozpowszechnioną w starożytnym świecie; Kambyzes posyłał do Egiptu po okulistę, a Daryjusz utrzymywał lekarzy egipskich na swoim dworze. Herodot wspomina, że Egipt miał wielu lekarzy; że czerpali oni naukę swą z starych swych ksiąg świętych, z których sześć przytacza Aleksandrinus jako traktujące: jedna o anatomii, druga o chorobach w ogóle, trzecia o narzędziach i przyrządach, czwarta o lekach, piąta o oku i jego chorobach, a szósta wreszcie o chorobach kobiecych. Ten podział nauki na pojedyńcze gałęzie świadczy już o znacznym rozwoju ówczesnéj umiejętności, przyczém zauważyć należy, że dyscypliny te były dokładnie rozróżniane, a lekarz zazwyczaj tylko jednę z nich wykonywał. O wysokim stanie ich wiedzy świadczy także wykonywanie sekcyj, jak niemniéj do doskonałości doprowadzona sztuka balsamowania ciał zmarłych, niestety zagubiona jak dotychczas bezpowrotnie. W późniejszym czasie umiejętność lekarska w Egipcie obniżyła poziom przez pomięszanie z astrologiją. Trudno zaiste dziś dociec, ile wiedzy lekarskiéj niegdyś posiadano i znowu utracono. Wiemy, że w sławnym księgozbiorze w Aleksandryi obejmującym przeszło 700,000 tomów w czasie zniszczenia, t. j. w roku 642, znajdowało się bardzo wiele dzieł lekarskich. Późniejsze wieki ciemnoty i zabobonów były może jeszcze większą stratą dla naszéj umiejętności. Dopiero odkrycie sztuki drukarskiéj w końcu 15go wieku utrwaliło stały postęp, którego spalenie jednéj lub kilku nawet biblijotek nie mogłoby było wstrzymać w dalszym tryumfalnym pochodzie.

Najstarsze pomniki piśmiennictwa lekarskiego, które się przechowały, są dzieła Hipokratesa i jego następców, które według Adamsa, najlepszego może komentatora dzieł Hipokratesa, dają niezawodny dowód, że ginekologiję i położnictwo już wtedy traktowano z niezwykłą jak na owe czasy, t. j. 4½ wieków przed Chr., biegłością. Celsus, Rzymianin, nielubiący Greków i z sarkazmem o ich nauce się wyrażający, wspomina o tém, że byli u Greków specyjalni lekarze do chorób kobiecych. Galen i Areteusz, działający prawdopodobnie współcześnie, gdyż w swych pismach o sobie wcale nie wspominają, a żyjący zdaje się z końcem drugiego wieku, byli uczniami szkoły aleksandryjskiéj i wykonywali sztukę swą w Rzymie. W pismach Galena znajdujemy najwcześniejszą wzmiankę o wzierniku pochwowym, który i Areteuszowi musiał być znanym, jak to z jego opisu owrzodzeń na macicy i ich leczeniu wnosić można.

Aëtius także w Aleksandryi odbywał studyja i w sławnéj biblijotece tamtejszéj zbierał niewątpliwie cenne materyjały do swego sławnego dzieła. Dziwną atoli jest rzeczą, jak mało to dzieło znaném było pisarzom następnym, kiedy Wolphius i Spachius, którzy twierdzą, że wszystko, co przedtém o chorobach kobiecych było napisane, zebrali, nie wspominają wcale o dziele Aëtiusa, mimo, że 16 tom jego pism traktuje głównie o chorobach kobiecych. W téj księdze bowiem 37 rozdziałów traktuje o ciąży, porodzie i połogu, 6 rozdziałów o rozmaitych rodzajach wrzodów na macicy, 3 o ropniach, 2 o zmianach w położeniu macicy, 7 o nowotworach macicy i pochwy, a 10 rozdziałów o miesiączkowaniu i jego zboczeniach. Są tam osobne rozdziały o macinnictwie, o guzach krwistych, o zapaleniach w macicy i jéj okolicy i o leczeniu tych chorób. Aëtius znał także wziernik pochwowy (*dioptra*), bo wspomina o nim dość często. W ogóle można datować historyję tego narzędzia od czasów Aëtiusa, chociaż w różnych czasach zdaje się zapomniano lub zatracono sposób jego użycia, aż świadomość jego ważności obudzoną znów została w początku naszego stulecia. Że wziernik i wiele innych narzędzi chirurgicznych, o których wielu mniema, że są świeżo wynalezionemi, były już w użyciu na długi czas przed Aetiusem, mamy niezbite dowody. W wykopaliskach Pompei i Herkulanum odnaleziono i zachowano dwulistne i trójlistne wzierniki i inne narzędzia ginekologiczne najdoskonalszego wyrobu. Narzędzia te, jak niemniéj kleszcze znalezione w Pompei, musiały więc być w używaniu w czasie, kiedy to miasto zostało zasypaném, t. j. w r. 79 po Chr. Aetius opisuje rozmaite stoczki pochwowe, (*pessaria et suppositoria*), sposób ich przyrządzenia, gąbki prasowane i ich użycie, nakadzanie, kąpiele nasiadowe, miejscowe leczenie owrzodzeń macicy siarkanem miedziowym (*verdigris*), a nawet wartość i sposób działania przez kiszkę stolcową w celu odprowadzenia macicy tyłopochylonéj.

Oribasius, grek, pisał w 4ém stuleciu wiele o chorobach kobiecych, o czém późniéj wspomnieć będziemy mieli sposobność.

W sto lat po Aetiuszu pisał Paweł z Eginy. Ten często już opisuje wziernik i jego użycie, jak niemniéj mówi o wrębach i naddarciach ujścia macicznego śród porodów powstałych i ich leczeniu. Opisuje on prawdopodobnie polipy, które nazywa *condylomata* i które w wzierniku cążkami uchwyciwszy odcina lub czasem leczy suchą korą jabłek granatowych (*Acid. tannic.*) Opisuje on rozmaite temperamenta kobiet, nadając im wielką wagę, szczególnie w leczeniu niepłodności. Podobne poglądy znaleźć można u Serapiona, araba, z 11go stulecia; tak samo się wyrażają i inni arabscy lekarze z 11go i 12go wieku, jak Avicenna, Rhazes, Avenzoar. Nauka Aetiusza w większéj części poszła jednak w zapomnienie na przeciąg lat tysiąca. Ciekawy to i charakterystyczny epizod w historyi zawodu! Wright (*On uterine diseases.* London, 1867) tak opisuje i tłumaczy upadek nauki chorób kobiecych u Saracenów: „Po rozproszeniu szkoły aleksandryjskiéj profesorowie jéj ze czcią byli przyjmowani przez muzułmańskich zdobywców i zbierano chętnie ich nauki, wyjąwszy jeżeli sprzeciwiały się w czémś Koranowi. Szkoły aleksandryjskie miały pilnych i dokładnych badaczy, ale nauki o chorobach kobiecych nie pielęgnowano, sprzeciwiało się bowiem wierze muzułmanów, aby kobiety w swych cierpieniach były badane przez mężczyzn. W społeczeństwie ich niskie stanowisko kobiet nie dozwalało, aby mogły dosięgnąć pozycyi, do jakiéj np. kobiety greckie mogły rościć pretensyje. Ani nawet taka Hypatia lub Agnodice nie byłyby się oparły szkodliwemu wpływowi muzułmańskiéj zmysłowości“. Dla tegoto w dziełach lekarskich

szkoły arabskiéj tylko bardzo ogólne znajdujemy wzmianki o chorobach kobiecych, a chociaż Albukasis, jeden z najpóźniejszych pisarzy téj szkoły, już dość szeroko o nich się rozwodzi, to jednak pokazuje się z jego pism, że był sam żydem a nie muzułmaninem. W owym czasie, tak, jak to i dziś się dzieje na Wschodzie, kobiety zajmowały się rękoczynami ginekologicznemi i położniczemi, podczas gdy lekarzom męzkim wolno było tylko teoretycznie dawać wskazówki i rady, co czynić należy. Trotula, jedna z takich akuszerek 13go wieku, wydała nawet rozprawę o chorobach kobiecych, którą znaleźć można w zebranych dziełach Wolphiusa i Spachiusa. W r. 1587 Jakób Rueffus wydał dzieło *De conceptu et generatione hominum*, w którém jest rysunek wziernika trójlistnego nazwanego *speculum matricis* i opisanego w ciężkich porodach za pożyteczny do rozszerzenia szyi macicznéj. Tam jest również pierwszy rysunek kleszczy położniczych gładkich, gdyż wspomniane przez Albukasisa i Awicennę kleszcze były zębate i służyły tylko do zgniecenia płodu lub wydobycia już nieżywego. W 16ym wieku używał wziernika pochwowego Ambroży Paré, jak niemniéj jego uczeń i następca Guillemeau. Wziernik przedstawiony w *Armamentarium chirurgicum* Sculteta jest odrysowany według opisu Pawła z Eginy. U Sculteta napotykamy rysunki i innych narzędzi chirurgicznych i ginekologicznych, lecz szczególnie godnym wzmianki jest jego *scalpellus deceptorius*, zupełnie podobny do *hysterotomu* Simpsona. Wynalezienie sztuki drukarskiéj dało znów świeży pochop do rozbudzenia nauk. Chirurdzy zaczęli zajmować wyższe stanowisko niż bałwierze, a praktykę położniczą i ginekologiczną poczęto więcéj niż przedtém powierzać uczonym i zręcznym lekarzom, zamiast jak dotychczas akuszerkom. Literatura lekarska stawała się obfitszą, pisano nowe dzieła lekarskie, a dawniejsze pisma drukowano z różnemi komentarzami. Nauka o chorobach kobiecych zaczęła się podnosić a Wolphius w r. 1586 wydał w Bazylei dzieło powyżéj wspomniane, składające się z 3ch tomów, które, jak sądzono, zawierało w skróceniu prace wszystkich dotychczasowych autorów na tém polu. W r. 1595 Spachius w Strasburgu wydał podobne dzieło z niektóremi dodatkami. Żaden z nich jednak o Aëtiuszu nie wspomina. Z wielu także innych pism owego czasu widać, że wziernik pochwowy i leczenie miejscowe chorób macicy były wówczas w użyciu, poszły jednak późniéj w niepamięć, tak że w późniejszych dziełach nie ma o nich wzmianki. Dopiero znowu Vigarous (*Maladies des femmes*. Paris, 1801, 2 t.) a późniéj Recamier i jego następcy poruszyli na nowo tę sprawę. W pismach z końca 16go, z 17go i 18go wieku znajdujemy pewien rodzaj zamięszania i nieładu, brak znajomości patologii; główne zasady fizyjologii były nieznane, astrologię i alchemię mięszano z medycyną i szukano tylko skrzętnie „kamienia mądrości“ i „eliksyru życia“. O chirurgii ginekologicznéj w tych czasach mało słychać, choć przecież wykonywano ją już w dawnych wiekach. Klitoridektomię, którą śród takiego hałasu i walki w naszych już czasach wprowadził w użycie Baker-Brown, wykonywali już Paweł z Eginy i Albukasis. Awicenna zwyrodniałe wargi sromne odejmował nożem lub kaustyką. Rhazes leczył polipy macicy i tak o tém mówi: „Jeżeli położone są w części przedniéj macicy i są okrągłe lub długie a niebolesne, niektórzy chirurdzy je odcinają, lecz ja wolę podwiązywać“. Pareusz leczył rozmaite choroby macicy za pomocą nakadzań (*fumigatio*). W jego dziele są rysunki potrzebnéj do tego lampy i wziernika dziurkowanego w kształcie rogu krowiego, podobnego bardzo do naszego wziernika kąpielowego. Żegadło aktualne przez długi czas było jednem z najczęściéj używanych narzędzi. Sutek często amputowano w ten sposób, że przeciągano przez gruczoł ten dwie mocne ligatury pod prostym kątem się przecinające, te naciągając odciągano sutek od klatki piersiowéj i po pod ligaturami odcinano go nożem, a potem powierzchnię rany wypalano rozpalonem żelazem. Ilustracyję téj operacyi znajdujemy w dziele Sculteta: *Armamentarium chirurgicum*. Frankfurt, 1666, T. XXXVI. Pareusz pierwszy wykonywał perinaeoraphiam, lecz nie opisuje téj operacyi, wspomina jednak, że w jednym przypadku po téj operacyi przy następnym porodzie międzykrocze pękło. Jego uczeń Guillemeau opisuje już ten rękoczyn dość dokładnie (*Les Oeuvres de Guillemeau*. Paris, 1612). Czekał on sześć tygodni po porodzie, poczém ostrym zakrzywionym bisturem przecinał na wskróś bliznę, odświeżał oba brzegi, przez które długie igły głęboko w *septum recto-vaginale* zapuszczone przeprowadzał, a przyciągnąwszy na nich brzegi do siebie tak zupełnie, jak się to robi, jak się wyraża, przy wardze zajęczéj, okręcał końce szpilek jedwabiem w ósemkę, kładąc jeszcze w razie potrzeby szwy powierzchowne. Zajmującym jest fakt, że w ostatnim dziesiątku lat operacyję tę zupełnie identyczną z metodą Guillemeaua podano znowu jako świeżo wynaleziony i bardzo dobry sposób operowania pęknięć międzykrocza. Późniéj Mauriceau i Morgagni w swych dziełach podają wiele szczegółów ciekawych dla ginekologa. Dionis (*Traité des accouchements*, 1718) wspomina o wzierniku, wykazując, że lekarze francuscy 18go wieku więcéj byli obznajmieni z tém narzędziem, niż współcześni angielscy. (C. d. n.)

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

(K. Gr.) Cholera w Egipcie. O wybuchu téj choroby donosi *Lancet* z d. 30 czerwca r. b. co następuje: Doniesienia o pojawieniu się cholery są jeszcze za nadto niedokładne, aby można już sobie wyrobić sąd o stanie rzeczy. Donoszą, że cholera pojawiła się tak w Damiecie jak w Mansourah (30 mil ang. w górę Nilu). Z początku nie rozpoznano choroby, dopiero znaczniejsza śmiertelność w Damiecie nie pozostawia najmniejszéj wątpliwości, że jest to cholera azyjatycka a nie sporadyczna. Kwarantany zaprowadzono w Aleksandryi dla wszystkich statków przybywających z Damiety, wstrzymano komunikacyję kolejową z Damietą, a około Mansourah rozciągnięto kordon. Stosunki sanitarne w Damiecie nie są prawdopodobnie tego rodzaju, aby ułatwiały zupełne zniszczenie choroby a moczary w okolicy często są bardzo niebezpieczne z powodu gnijących ryb i innych odpadków dostających się do nich. Wybuch w Damiecie, położonéj nad brzegiem Morza Śródziemnego, nabiera wyjątkowego znaczenia a szczęśliwe to zdarzenie, iż kompetentni urzędnicy znajdują się na miejscu, zdolni donosić o ile niebezpieczeństwo zagraża państwom europejskim. Źródła choroby nie znamy jeszcze, nic nie wiadomo o jéj zawleczeniu a mimo to gwałtowny wybuch i srogość już na pierwszy rzut oka nie przemawiają za wybuchem samoistnym.

(K. Gr.) Urzędowe doniesienie w Uniwersytecie Erlangskim stwierdza, iż niejaki Mattheus Souveille z Montrealu usiłował otrzymać stopień doktora przedkładając jako swą oryginalną rozprawę Dra Bürgela zamieszczoną w *Deut. Archiv f. klin. Med.* z r. 1873. Kandydat urządził jednak oszustwo to nieco niezręcznie, zapomniał bowiem podstawić nazw angielskich w miejsce niemieckich, — chociaż nazwisko „Profesora Liebermeistra“ przerobił na „Profesora Spencera“. (*The Lancet*).

(K. Gr.) Według listy zestawionéj w paryskiéj prefekturze policyi jest w Paryżu 1915 doktorów medycyny, 12 doktorów chirurgii, 83 t. zw. *oficier de santé*, 43 lekarzy z obcemi dyplomami, 1500 akuszerek, 845 aptekarzy i 95 weterynarzy. Między lekarzami posiadającemi obcy dyplom jest 10 takich, którzy

dyplom lub stopień naukowy otrzymali w Jenie, — inni w różnych uniwersytetach angielskich i niemieckich. Między doktorami medycyny są 2 kobiety: jedna Francuska, druga Rosyjanka. (Na jednego lekarza wypada 1100 mieszkańców). Najstarszym z powyższéj list jest Segales urodzony 1792 r., który otrzymał dyplom w r. 1817. Drugim Ricord urodzony 1800 r. promowany 1826. (*The Lancet*).

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 4 lipca. Cholera wybuchła w Egipcie dolnym — otóż wiadomość smutna, która w ostatnich dniach przeraziła i Europę. Na wiosnę zaraza srożyła się w dolinie Gangesu w Indyjach a ztamtąd dzięki przekopowi Suezu, obecnie krótszą nierównie drogą aniżeli dawniéj dostać się może i do Europy. Dawniéj obwiniano Turków i Arabów o zatajanie wybuchu chorób zaraźliwych i niedbałość w zwalczeniu takowych; teraz władczynią Egiptu jest Anglija, a mimo to przez kilka dni dzienniki angielskie starały się zataić wybuch choroby, zapewne z obawy, aby handel nie ucierpiał. Tymczasem zaraza zagnieździła się w kilku miastach położonych nad ujściem Nilu, jak w Damiecie, liczącém 60.000 mieszkańców, Mansourah, mieście fabrycznêm o 10.000 mieszkańców itd., a podczas gdy według sprawozdań angielskich zaledwo kilka osób dziennie ma umrzeć, donoszą inne dzienniki, że zaraza codziennie pochłania seciny ludzi i że panuje w Egipcie popłoch ogólny. Państwa europejskie, a głównie Turcyja, Austryja i Francyja przedsięwzięły środki ostrożności, zaprowadziwszy kwarantany dla wszystkich okrętów z Egiptu przybywających; Anglia pozostaje obojętną, tak więc lada dzień usłyszeć możemy o pojawieniu się choroby w jednêm z portów angielskich, a wtedy zaraza niepowstrzymana odbędzie swój pochód i po stałym lądzie europejskim. Perspektywa to smutna, dzięki dziwnemu zachowaniu się owego mocarstwa, które dla interesów handlowych poświęca wszystkie inne względy!

W sobotę przeszłą zebrała się Najwyższa Rada sanitarna austryjacka we Wiedniu, celem zastanowienia się nad środkami zaradczemi w obec grożącego niebezpieczeństwa. Narada trwała przez 4 godziny, a podstawą jéj były dokładne informacyje udzielone przez Ministerstwo spraw zagranicznych. Rada sanitarna oświadczyła się za temi samemi środkami, które uznała była za stosowne w. r. 1879 w obec dżumy wybuchłéj nad Wołgą. Władze nadmorskie czuwać będą nietylko nad podróżnymi, ale i nad przedmiotami w ich posiadaniu będącemi. Równocześnie polecono przedsięwzięcie środków ostrożności nietylko w samym Wiedniu ale i w krajach ze Wschodem w styczności będących, a więc najbardziéj zagrożonych.

* Pospieszamy podzielić się z szan. czytelnikami Przegl. Lek. wiadomością, że *Maison de santé*, którego potrzeba już oddawna czuć się daje w Krakowie, już z pewnością stanie w mieście naszém za parę tygodni. Potrzeba ta uznaną została przez klinicystów i praktyków naszych, a zaradzenia jéj podjął się jeden z młodszych lekarzy naszych, Dr. Gwiazdomorski, który w tym celu nabył realność przy ulicy Karmelickiéj, a więc w jednéj z najzdrowszych dzielnic miasta. Pewny poparcia ze strony wszystkich kolegów, pomny atoli, że zaufania publiczności należy dobijać się sumienną pracą, Dr. G. urządza na razie tylko kilka sal dla chorych, zachowując sobie na późniéj powiększenie zakładu, a nawet wybudowanie nowego na gruncie nabytym, jeżeli publiczność poprze dobre jego chęci. Gmach obecny jest schludny, ma wodę dobrą i obszerny ogród; adaptacyje koniecznie już się robią i będą ukończone w ciągu sierpnia, tak że z początkiem września nic nie stanie na przeszkodzie otwarciu Zakładu. W tych dniach wniesionêm będzie podanie o koncesyję do Namiestnictwa. Tym sposobem nowe przedsiębiorstwo przedstawia wszelkie możebne rękojmie, a najważniejszą z nich jest, że właściciel i kierownik nowo powstającego zakładu zapoznał się dobrze z zakładami tego rodzaju za granicą i posiada kilkoletnią praktykę szpitalną nabytą w Wiedniu, Paryżu i Krakowie. Poprzestajemy dziś na têm zawiadomieniu tymczasowêm; w swoim czasie nieomieszkamy podać bliższych szczegółów.

* Nakładem H. Mattoniego, właściciela Giesshüblu, wyszła broszura p. t. *Der Kurort Giesshübl-Puchstein in Böhmen von* Dr. Löschner. (Karlsbad, 1883, in 8vo, str. 84, z 9 rycinami, mapą i planem plantacyj). Jestto nader staranny i ozdobny opis znanéj miejscowości zdrojowéj.

* Do dnia 23 czerwca w Krynicy było gości 646, w Cieplicach czeskich 3920.

* **Warszawa.** Prof. Kosiński obchodził 25-letni jubileusz zawodu lekarskiego i z powodu téj uroczystości złożył Tow. lek. warsz. sumę 8000 rs. jako fundusz żelazny, od którego $^1/_4$ część procentu ma być obracaną na wsparcie i zapomogi dla wdów i sierot po lekarzach pozostałych. $^3/_4$ części na udzielanie bezprocentowych pożyczek młodzieży poświęcającéj się medycynie. Przykład godny naśladowania!

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** Dziekanem wydziału lek. na rok przyszły wybrany został prof. Gustaw Braun; do habilitacyi na docentów prywatnych przypuszczono Drów: Breusa i Felsenreicha (z ginekologii), Fingera (rodaka naszego, z syfilidologii), Rabla (z anatomii opisowéj), Maydla (chirurgii), Heina i Biacha (z med. wewnętrznéj). Prof. zoologii i anatomii porównawczéj Dr. Karol Claus otrzymał tytuł i charakter radcy dworu. — **Praga.** Docent prywatny Dr. Franciszek Hofmeister mianowany został nadzw. profesorem farmakologii i farmakognozyi w Wydziale lek. niemieckim. Dziekanem Wydziału lek. niem. obrany został prof. Knoll, Wydziału czeskiego zaś prof. Weiss. — **Graz.** Rektorem na rok przyszły wybrany został prof. Rollet. — **Berlin.** Prof. anatomii opisowéj Reichert, liczący lat 72, z początkiem przyszłego półrocza ma przejść w stan spoczynku, a miejsce jego zajmie trzech profesorów: jako takich wymieniają: Waldeyera, obecnie w Strasburgu, Gegenbauera w Heidelbergu i Schultza w Grazu. — **Lipsk.** Docent Leopold otrzymał posadę dyrektora zakładu położniczego w Dreźnie, opróżnioną w skutek przeniesienia się Winckla do Monachijum.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lek.* Nr. 26: Fabiana: Śp. Dr. Włodz. Dybek, wspomnienie pośmiertne; Chełchowskiego: Przypadek uciśnięcia rozgałęzień tętnicy płucnéj prawéj. — W *Medycynie* Nr. 26: Talki: Z praktyki oftalmicznéj (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. E. ZILLNER (we Wiedniu): Der Arzt als Sachverstaendiger vor den englischen Gerichten. (Osobne odbicie z W. med. Bl. 1883), Wien 1883, in 8vo str. 34.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Dr. Adam Świrski

lekarz Zakładu zdrojowo-kąpielowego

w Iwoniczu

ordynuje w czasie sezonu jak w latach poprzednich. Mieszkanie „STARY PAŁAC.“

KONKURS.

Zwierzchność gminna m. Strzyżowa rozpisuje niniejszém Konkurs na posadę lekarza miejskiego. Do posady téj przywiązana jest płaca roczna 200 złr. w. a. a wypłacana z kasy Magistratu w ratach miesięcznych oraz osobne wynagrodzenie za oglądanie zmarłych i bydła na rzeź przeznaczonego według ustanowionéj ceny.

Obowiązkiem lekarza miejskiego jest bezpłatne leczenie ubogich, których listę Zwierzchność gminna lekarzowi wręczy i wykonywanie czynności urzędowych.

Zwierzchność gminna.

Strzyżów 13 Czerwca 1883.

LIGĘZA
Burmistrz.

Docent Uniwersytetu Jagiellońskiego

Dr. J. KOPERNICKI

ordynuje w **MARIENBADZIE** od 20 Maja.

Kaiserstrasse. — *„Trianon.“*

ZAKŁAD KROWIANKOWY

koncesyjonowany przez Wys. c. k. Namiestnictwo pod dozorem władz sanitarnych

L. J. Kubickiego

weterynarza m. Lwowa i docenta weterynaryi poleca zawsze

świeżą krowiankę.

Na żądanie wysełam za pobraniem.

Lwów, ulica Łyczakowska 7.

RUDOLF THÜRRIEGL

Fabrykant chirurgicznych narzędzi

WIEDEŃ

Alservorstadt. Schwarzspanierstrasse Nr. 5.

poleca się ze wszystkiemi tego rodzaju należącemi artykułami wedle **najnowszéj** konstrukcyi.

Dokładne cenniki przesyła na żądanie **darmo.**

Dr. Med. W. KRETOWICZ

ordynować będzie w roku bieżącym

W KARLSBADZIE.

MEDALE NA WYSTAWACH: W WIEDNIU, FILADELFII, PARYŻU, SIDNEY

PAPROTKA i KALOMEL

środek przeciwtasiemcowy

przyrządzony przez LIMOUSIN'A.

Słoik z 16 kapsułkami podzielonemi według przepisu Dra Créquy, wystarcza do wydalenia **tasiemca.**

Limousin Apt. Kaw. Legii honorowéj,

2 bis. *Rue Blanche* w Paryżu.

Cena słoika w Paryżu: 6 fr.

Dr. Med. Czesław Stiche

ordynuje w **KARLSBADZIE** przez cały sezon kuracyjny

Kreuzgasse. Insel Rügen.

Pierwszy c. k. koncesyjonowany i przez Wys. Ministerstwo subwencyjonowany

ZAKŁAD KROWIANKOWY

pod kontrolą i nadzorem władz zdrowotnych

Wiedeń Alserstrasse 18.

Rozsełka codzienna świeżéj krowianki pod gwarancyją przyjęcia się.

HAY, lekarz.

Krowianka do szczepienia jednego dziecka wystarczająca 1 złr.

☞ Tylko szczepienie prawdziwą krowianką ochrania od naturalnéj ospy i wszelkich zaraźliwych chorób, które ze szczepienia limfą z dzieci zbieraną, często się pojawiają.

Dr. J. DANIELSKI

b. lekarz prakt. szpitala krakowskiego

ordynuje od d. 3 Czerwca do końca sezonu kąpielowego

W ŻEGIESTOWIE.

Dr. ANJELA

Zakład wodoleczniczy w Zuckmantel

(na Szlązku austryjackim).

W najpyszniejszéj okolicy górskiéj tuż pod lasem położony.

Najstaranniejsza piecza o chorych i leczenie tychże.

Użycie elektroterapii, miesienia i kąpieli igliwijowych.

Najbliższa stacyja kolei żelaznéj **Ziegenhals** jest o milę odległą.

ZDRÓJ LUDWIKA w CZIGELCE.

Szczawa alkaliczno-solna, jod zawierająca.

Zajmująca najpierwsze miejsce co do ***największéj*** ilości węglanu sodowego pośród wszystkich dotąd znanych zdrojów mineralnych ***całego świata*** wyszczególniająca się wielką ilością żelaza i nader obfita w kwas węglowy. Wodzie téj co do przymiotów ***nie dorównywa żadna z alkaliczno-solnych szczaw*** a woda ta ze ***wszystkich wód mineralnych jod zawierających jest najprzyjemniéjszą do picia i najłatwiéj bywa znoszoną.***

Szczególnie skuteczną okazała się dotychczas w ***cierpieniach żołądka, kiszek, pęcherza, płuc, w gruźlicy, w przewłocznym wrzodzie żołądka, w wole*** i we wszystkich postaciach ***złotzów,*** jak również w następstwach ***kiły.***

Napełnianie i rozsełka odbywa się przez Zarząd zdrojowy zdroju **Czigelka** (poczta Bardyjów) w Górnych Węgrzech. Broszury o zdroju gratis.

Skład rozsyłkowy u A. Muszyńskiego w Grybowie.

Dr. med. Witold Jaroszyński

ordynować będzie jak w latach poprzednich od 1 Września

W MERANIE.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie	4 „ 40 „	8 „	8 „	12 „
Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 14 lipca 1883. № 28. Rok XXII.

I. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od r. 1879 do 1882.

Podał Dr. Emanuel Rosenblatt.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 27).

5) Michał Smagło, chłopiec 7-letni, przyjęty 21 września 1880. Dowiadujemy się, iż chory poprzednio całkiem zdrów, chociaż nieco umysłowo upośledzony, zapadł przed 6cioma tygodniami na silną gorączkę i bóle glowy, poczém we dwa tygodnie wystąpiły nagle gwałtowne skurcze mięśni przeważnie tylko odnóg dolnych symetryczne po obydwu stronach, w skutek których dziecko rzucaném było jakby pod wpływem prądu elektrycznego na ziemię, następnie po sekundzie prawie odnogi dolne rzucane ze znaczną siłą ku górze. Napady takie trwały kruciutko, powracały często, a przytomności wśród nich nigdy nie tracił, a nawet czasem wśród tego przemawiał. Skurcze te powracały coraz częściéj i objęły w dalszym ciągu i mięśnie wyprostne grzbietu i karku, tak że już więcéj prawie ani chwili nie miał wolnéj, nie mógł ani chodzić ani nawet siedzieć. Z pozycyi zaś leżącéj podrzucanym bywał z taką siłą, iż nieraz z łóżka wyleciał, albo też zginając się w kabłąk, przyczém prawie głowa dotykała pośladków, przerzucany bywał z boku na bok z nadzwyczajną szybkością i zachowaniem pewnego rytmu. Wreszcie występowały skurcze mięśni szyi i głowy i wykonywał tą ostatnią najdziwaczniejsze ruchy. Przy ruchach zaś celowych odnóg górnych występowało drzenie członków wybitne i podane przedmioty z trudnością chwytał. W miarę postępu tych skurczów ginęła i inteligencyja, stawał się głupszy, mowa traciła swą wyraźność i zamieniała się w bełkotanie, nie przełykał dobrze i zanieczyszczał się. Chory pochodzi z rodziny gruźlicą dotkniętéj, siostra jego zmarła w szpitalu św. Ludwika z ogólnéj gruźlicy *par excellence.*

Badanie wykazuje stan następujący: Czaszka symetryczna, okrągła, obwód jéj wynosi tylko 49 cm.; klatka piersiowa w dolnéj części dzwonkowato rozszerzona, stos pacierzowy prawidłowy, na ucisk niebolesny.

Po nad brwią prawą blizna poprzeczna dawna dwa centymetry długa, lecz z kością niezrośnięta. Na policzku prawym skóra na obszarze 4centówki zaczerwieniona okazuje w pośrodku pęcherz wielkości grochu, utworzony z podniesionego przyskórka a zawierający ciecz żółtawą nieco mętną. Ciągły ruch mimowolny powiek, *nictitatio,* ruchy gałek ocznych oscylacyjne, *nystagmus,* chwilami znów zez zbieżny. Na odcinkach dolnych obydwu rogówek dawniejsze plamki. Źrenice jednostajnie szerokie oddziaływają na światło należycie i szybko. Nos szeroki, otwory powierzchownie owrzodziałe i strupami zaschłéj krwi i śluzu pokryte. Wargi czerwone, dziąsła prawidłowo zabarwione, język szeroki, obłożony, wykonywa ruchy ustawiczne, zmieniając co chwila swą postać. Częste mlaskanie. Szybko przemijające a powtarzające się skurcze mięśni czołowych: *corrugatoris supercilii* i *frontalis*, daléj mięśni twarzy, *levatoris alae nasi et labii superioris, zygomatici* i mięśni brody: *quadratus* i *triangularis menti.* Równocześnie nagłe skurcze mięśni szyjnych oddechowych z podnoszeniem klatki piersiowéj i kurcze przepony sprawiające monotonny odgłos stękający, daléj skurcze mięśni grzbietu z wyrzucaniem całego korpusu ku górze i przodowi, z opadaniem glowy ku tyłowi, a wreszcie podrzucanie odnóg z wielką chyżością. Wszystkie te skurcze albo następują kolejno po sobie w pewnym powtarzającym się porządku, albo też nastają równocześnie i to bardzo raptownie i natychmiast ustają, aby w najbliższéj chwili znów się rozpocząć. Na odnogach górnych zajmują skurcze najbardziéj mięśnie naramienne, mięśnie zaś przedramienia i rąk w miernym tylko stopniu; dla tego też odnogi te chwilami wyrzucane bywają ku górze lub na boki i zdaje się, jakoby chory machał koło siebie, w chwilach zaś wolnych od tych gwałtownych skurczów wykonywają odnogi tylko ruchy pronacyjne i supinacyjne przedramion, to znów zginanie i wyprostowanie ręki i palców. Wszystkie ruchy celowe odnóg górnych

są niepewne i towarzyszy im bardzo znaczne drżenie. Odnogi dolne leżą spokojnie wyprostowane a tylko czasami podlegają owym gwałtownym miotaniom, przyczém podnoszą się czasami nawet do $^1/_2$ metra po nad poziom łóżka. Czucie i odruchy na odnogach tak górnych jak i dolnych znacznie podwyższone, odruchy ścięgniste o wiele silniejsze niż prawidłowe. Siła mięśniowa odnóg niezmniejszona, mięśnie same dość dobrze rozwinięte, przykurczeń nigdzie nie ma. Przeczulica ogranicza się tylko do brzucha, którego się prawie dotknąć nie można; przy obmacywaniu występują silne skurcze kadłuba, a chory usiłuje z swéj strony temu przeszkodzić. Gruczoły karkowe nieco powiększone, zbite, w płucach zmian nie ma. Wymiary serca prawidłowe, tony czyste; śledziona ani wątroba niemacalne. Płynne i miękkie pokarmy połyka wcale dobrze, twardych gryźć nie potrafi, sam z trudnością tylko podawane rzeczy uchwycić może, a jeżeli mu się to uda, prowadzi je po różnych wywijaniach ręką do gęby. Stolec i mocz oddaje pod siebie. Przytomny zupełnie, lecz inteligencyja zniesiona, chory uśmiecha się głupkowato, nie wypowiada żadnego wyrazu zrozumiałego, ani woli swéj nie wyraża, wydając tylko głosy niezrozumiałe. Wzrok upośledzony, chory nie wpatruje się stale w przedmioty błyszczące przed nim trzymane a spostrzega je tylko, jeżeli się je bardzo do oczu jego zbliża i chwytać je usiłuje. Słuch dobry, bo na silniejsze tony głowę w kierunku odpowiednim zwraca.

W ciągu obserwacyi dostrzeżono, że bywają czasy, kiedy chory prawie zupełnie co do skurczów gwałtownych się uspokoi a wykonywa tylko ruchy mimowolne mięśniami twarzy i palców, przedstawia zatém wtedy obraz zwyczajnéj pląsawicy. Wszystkie jednak skurcze, tak raptowne i silne jak i ciągłe a miernego natężenia, ustają podczas snu całkowicie. Dostrzeżono daléj, iż czasami przez krótką chwilę nawet siedzieć potrafi, pochylając się jednakowoż na wszystkie strony, ruchy te jednak nie są gwałtowne; że przedmioty schwycone trzyma nadzwyczaj mocno, a wreszcie że przy silném podparciu stoi na chwilę, zginając się nagle we dwoje, a przy podparciu i prowadzeniu robi drobne kroczki depcząc sobie po nogach. Ani rodziny ani otoczenia nie poznaje; apetyt ma dobry, czynności wydzielania prawidłowe, nie gorączkuje, tętno prawidłowe. Dopiero 7 października dostaje wymiotów i wykrzykuje przeraźliwie, c. w. 39·2°C., zatrzymanie stolca, tętno arytmiczne. 8/10 rozszerzenie znaczne źrenic, częsty bardzo zez zbieżny, chwilami sztywne ustawienie gałek ocznych ku górze, drgawki przerywane odnóg górnéj i dolnéj prawéj; c. r. 38·0° c. w. 39·0°. 9/10 c. r. 38·1°C.; oddech nieregularny, plamy Trousseaua, nieckowate zaciągnięcie brzucha, wymioty się powtarzają. Wieczorem silne drgawki przerywane na obydwu odnogach górnych, podczas gdy ruchy gwałtowne pląsawicze zupełnie ustały, c. w. 39·5°, tętno zaś arytmiczne, miękkie. Porażeń nigdzie nie ma. 10 października zabrany w tym stanie przez ojca. Mimo poczynionych w téj mierze usiłowań o zakończeniu choroby, najprawdopodobniéj śmiercią, i o objawach dalszych towarzyszących, wiadomości powziąść nie mogłem.

Z uwagi, że chory należał do rodziny gruźlicą dotkniętéj, że przedstawiał gruczoły karkowe zbite, że okazywał zboczenia w sferze ruchowéj ze znamieniem zadrażnienia, że występowały następowo objawy ogniskowe: niedowidzenie, ruchy przymusowe, drzenie przy ruchach celowych, upośledzenie, wreszcie zniesienie mowy, że inteligencyja zniknęła a nakoniec, że wystąpiły wyraźne objawy zapalenia opon mózgowych, odnieśliśmy objawy te pląsawicy do sprawy ogniskowéj w mózgu, a mianowicie do guzów gruźliczych, jak to odpowiednie przypadki Déces, Hirschberg, Pilz, Henoch, Förster, Duchek i inni opisali, chociaż nie mieliśmy jeszcze dla braku porażeń podstawy do zlokalizowania tychże guzów; tyle tylko przypuścić mogliśmy śmiało, że znajdowały się na korze i to prawdopodobnie i na lewéj półkuli mózgowéj i na móżdżku. W obec braku jednak sekcyi dalszych wniosków wysnuwać nie można, bo pozostalibyśmy zawsze tylko przy hypotezach. Z drugiéj strony jednak przypomnieć muszę, iż ruchy takie pląsawicze z następowemi drgawkami spostrzeżono także często przy wągrze mózgu, a mianowicie pouczające są przypadki przez Abercrombiego Bouchuta, Mauthnera, Reeba i innych podane, że zatém i ta możliwość wcale nie jest wykluczoną. W każdym jednak razie mieliśmy do czynienia ze zboczeniem w istocie mózgowéj znaczniejszém i ogniskowém, choć przypadki pod pewnym względem co do jakości kurczów do naszego podobne, a zakończone zupełném wyzdrowieniem opisał Julijusz Erőss (w *Jahrb. f. Kinderheilkunde N. F. XV Bd. 2 H.*) i E. Remak (w *Berl. klin. Wochenschr.* 1881, N. 21—23).

Rozważywszy przypadki te pląsawicy przez nas zauważane spostrzegamy, iż nie zgadzają się one w zupełności z zapatrywaniami przyjętemi obecnie co do téj choroby, a omówionemi także na ostatnim Zjeździe międzynarodowym w Londynie. I tak według Steffena, Mackenziego, co najmniéj w połowie przypadków, poprzedzać ma wystąpienie pląsawicy gościec, a jest on we wszystkich przypadkach przyczyną szmerów sercowych towarzyszących gośćcowi. Otóż w żadnym z naszych przypadków nie poprzedzał gościec pląsawicy, a nawet w przypadku 4tym, gdzie spostrzegliśmy wyraźne objawy zapalenia śródsierdzia, gośćca poprzednio nie było, a przypady zapalenia śródsierdzia wystąpiły równocześnie z objawami pląsawicy. Zupełnie podobny przypadek miałem niedawno sposobność spostrzegania w praktyce prywatnéj, z tą tylko różnicą, że było także obecném zapalenie wyraźne osierdzia, jednak bez poprzedzającego gośćca. O ile słuszném jest zdanie Steffena z Szczecina, że zapalenie śródsierdzia jest następowém a pląsawica cierpieniem pierwotném, przyszłe obserwacyje dopiero wykażą. Za zależnością pląsawicy od gośćca przemawia jak wiadomo bardzo Hughes, który na 104 przypadków pląsawicy zauważył tylko 15 bez poprzedzającego gośćca, a względnie zapalenia śródsierdzia, podczas gdy Rilliet i Steiner zależność obydwu tych chorób całkiem zaprzeczali. Co do etyjologii ciekawym jest jeszcze nasz przypadek 2gi, w którym pląsawica wystąpiła na tle choroby zakaźnéj i razem z nią ustąpiła; czy miałoby to zależeć od zaczopowań drobniutkich naczyń korowych mózgu odnośnemi bakteryjami? Tyle co do etyjologii. Co do postaci choroby to prócz przypadku ostatniego zajmujący jest i przypadek 4ty, w którym pląsawica ograniczała się prawie wyłącznie do prawéj połowy ciała, głównie zaś tylko do odnóg; co do przebiegu, ciekawy jest przypadek 1szy, okazujący wyleczenie po kilkorazowych powrotach choroby a niewykazujący, mimo dłuższego trwania, żadnéj choroby serca a małe tylko osłabienie inteligencyi a wiadomo, zaś że Arndt i L. Meyer utrzymują, iż w każdym prawie przypadku pląsawicy przychodzi do zboczeń w sferze psychicznéj. Co do leczenia nareszcie to najlepsze usługi oddał nam arszenik. (C. d. n.)

II. Z Zakładu sądowolekarskiego prof. Blumenstoka w Krakowie.

Kazuistyka sądowo- i policyjnolekarska.

V.

Morderstwo w kasie oszczędności.

Podał Prof. Dr. **Blumenstok**.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 27).

Już d. 6 grudnia udało się władzy bezpieczeństwa uchwycić w N. Sączu Romana Cz., który o dopuszczenie się morderstwa silnie był podejrzany; przywieziony do Krakowa d. 7go grudnia przedstawiony nam został natychmiast w policyi; mieliśmy przed sobą człowieka młodego, drżącego na całém ciele, a mającego 2 rany, jednę na klatce piersiowéj z przodu, a drugą na udzie lewém, opatrzone skubanką napawaną olejkiem karbolowym; na zondowanie tych ran Cz., pomimo iż właśnie złożył był zeznanie ogromnéj doniosłości, żadną miarą niechciał zezwolić, oddziaływając na każdą próbę z naszéj strony głośnym jękiem, niby dla bólu wywołanego samém dotknięciem się zgłębnika. Musieliśmy więc zaniechać dalszych zabiegów, zwłaszcza, żeśmy je przedsięwzięli tylko na życzenie p. komisarza policyi a nie mieli jeszcze polecenia ze strony p. Sędziego śledczego. Dopiero d. 10 grudnia wezwani zostaliśmy do badania Romana Cz., którego tymczasem przeniesiono do aresztu śledczego. Podaje on, że liczy lat 26 i że rany na jego ciele znalezione zadane mu zostały przez osobę drugą w poniedziałek wieczór t. j. dnia 4go grudnia b. r. że z ran tych był krwotok znaczny, który zwalał mu koszulę, gacie, spodnie i buty, że we wtorek wieczór był w Sączu u lekarza, który mu polecił stosowanie olejku karbolowego na skubance. Badanie wykazuje długość ciała 164cm. wynoszącą, budowę prawidłową, odżywienie mierne. Na ciele badanego znajdują się jedynie 2 rany a mianowicie 1) Jedna na klatce piersiowéj z przodu po stronie lewéj w pionie brodawki i na 3 palce poniżéj takowéj; rana ta jest wrzecionowata, całkiem poprzecznie ułożona, do żeber równoległa, o końcach dosyć ostrych a koniec zewnętrzny nieco jakkolwiek niewyraźnie zatokowaty. Długość téj rany obecnie wynosi $1\frac{1}{2}$cm, była ona jednak nieco dłuższą przy pierwszém oglądaniu badanego w policyi. Szerokość największa wynosi $\frac{1}{2}$cm., obecnie rana ta jest na zabliźnieniu, przy pierwszém oglądaniu skóra okazała się przeciętą w całéj długości. Dno było jednostajne płytkie. 2) Druga rana znajduje się na udzie lewém z przodu mniéj więcéj w połowie takowego, kształtu, ułożenia i wielkości całkiem podobnych do rany pierwszéj, jest ona téż do niéj zupełnie równoległą; rana ta obecnie ropieje, jest ona także powierzchowną, bo tylko skórę przenikającą, ale w samym środku znajduje się otwór wielkości główki od szpilki lub co najwięcéj małego grochu, lejkowato wgłębiający się, przez który wchodzi sonda w kierunku pionowym na 1cm. a po wyjęciu sondy wydobywa się z otworu tego ciemna krew dosyć obficie. Stan ogólny a w szczególności stan płuc nie przedstawia żadnych zboczeń.

Pochodzenie ran właśnie opisanych tłumaczył Roman Cz. w sposób następujący: D. 4 grudnia niejaki Aleksander W., z którym żył w ścisłéj przyjaźni, zabrał go ze sobą do pomieszkania Antoniego Słowika, nie podając mu z góry celu tych odwiedzin, zalecając mu atoli, aby wszedłszy do izby, gdy tamten zagasi świecę, sam zamknął za sobą drzwi na klucz. Wówczas Aleksander W. przystąpiwszy do siedzącego na tapczanie Słowika pchnął go szabelką, poczém raniony potoczył się; gdy następnie Roman Cz. postąpił od drzwi nieco ku tapczanowi, Aleksander W. sądząc, że Słowik podnosi się, chcąc go więc dobić, pchnął jeszcze 2 razy, lecz trafił Romana Cz. a zaniechał dopiero dalszych ciosów, gdy ostatni zawołał: „Co robisz, przecież to ja“. W skutek tego podwójnego zranienia badany miał zemdleć i być trzeźwiony przez napastnika; stracił on dużo krwi, a z tego krwotoku pochodzą plamy krwawe, znalezione na jego sukniach i butach. Aby te plamy nie zwróciły na niego uwagi, Aleksander W. otulił go w kożuch Słowika i wyprowadził z izby. Wyszedłszy dopadł doróżki stojącéj przed kasą oszczędności i pojechał na dworzec kolei, gdzie napiwszy się wody sodowéj pojechał znów na Stradom, wstąpił do hotelu londyńskiego, wszedł na 2gie piętro, gdzie na żądanie wskazano mu pokój (wchodząc kulał, jak świadkowie podają); w pokoju tym zamknął się na pół godziny celem opatrzenia sobie ran, poczém opuścił hotel i pojechał na Podgórze do pomieszkania Aleksandra W. a ztamtąd razem z nim na dworzec kolei, zkąd obaj pojechali do Tarnowa, gdzie nocowali w oberży; nazajutrz po spaleniu spodni zakrwawionych, sprzedaniu kożucha i sprawieniu nowych spodni Roman Cz. pojechał daléj koleją do N. Sącza, Aleksander W. zaś powrócił do Krakowa. Przybywszy do Sącza Roman Cz. naprzód udał się do lekarza, celem zasiągnięcia rady z powodu ran, tu nocował w oberży a nazajutrz przytrzymany został razem z kuferkiem, własnością zamordowanego będącym.

Wskazany przez Romana Cz. jako główny sprawca zbrodni Aleksander W., wytropiony w Krakowie, d. 12 grudnia przez nas w biórze p. sędziego śledczego oglądany został. Liczy on lat 44, jest budowy wysmukłéj, długość ciała wynosi 177cm., budowa mierna, odżywienie dosyć dobre; badanie nie wykazuje nic uderzającego na całém ciele, tylko na brzuścach palcowych zabarwienie żółte, najprawdopodobniéj od tytoniu pochodzące. Na odzieży dokładnie oglądanéj nie znaleziono nic podejrzanego, tylko na spodniach napotkano kilka plam wątpliwego pochodzenia, co do których W. podał, że pochodzą od farb.

Następnie p. Sędzia śledczy wręczył nam suknie tak Romana Cz. jako i Aleksandra W. jakotéż i szabelkę do bliższego zbadania. Plamy na sukniach pierwszego z nich przez badanie mikrochemiczne sprawdzone zostały jako krwawe; na sukniach ostatniego nie można było plam krwawych wykazać.

Co się tyczy szabelki, która w sprawie téj ważną odgrywała rolę, to długość jéj wynosiła $48\frac{1}{2}$cm., z czego przypada 39cm. na klingę, reszta na rękojeść drewnianą, okutą należycie i powleczoną płótnem ceratowém. Grubość ostrza tuż przy rękojesci wynosi 7mm., szerokość w tém miejscu 2·3cm., rozmiary te zmniejszają się stopniowo ku szczytowi, jest ona ostra i obosieczna w długości 4·5cm. od końca; wzdłuż płaskich ścian narzędzia widać szerokie, płytkie rowki, najwyraźniejsze tuż przy rękojeści, mniéj wybitne ku końcowi; w tych rowkach rozpoznać można niewyraźne, bo zeszlifowane ozdoby. Ani na rękojeści ani na końcu szabelki oprócz rdzy nie wykryto innych plam, tylko na samém ostrzu z jednéj i drugiéj strony spostrzeżono dwie plamki żółtawe, nieograniczone. Plamy te starannie zeskrobano czystym, ostrym nożem, a odrobinę proszku czerwonego tym

sposobem otrzymanego, zmięszanego dokładnie na szkle przedmiotowém z bardzo małą ilością soli kuchennéj, a po dodaniu kwasu octowego zlodowaciałego przykryto szkiełkiem i zagotowano; po oziębnięciu preparatu za pomocą znaczniejszego powiększenia (Reichert, Obj. 8) znaleziono charakterystyczne kryształki heminu, które do aktów załączono.

Wreszcie na żądanie p. Sędziego śledczego zwrócono uwagę na otwory znalezione w przeszytych sukniach Romana Cz. i przedsięwzięto doświadczenia na trupie usadowionym na stołku, tak nagim, jakotéż pokrytym sukniami, w celu przekonania się, czy rany Romana Cz. i otwory w jego sukniach mogły być zdziałane opisaną właśnie szabelką?

Na kabacie sukiennym Romana Cz. widać z przodu po stronie lewéj poniżéj górnéj kieszonki otwór podługowaty długości 2cm., odpowiednio do tego otworu widać 2 otwory przeszywające górną kieszonkę, $1\frac{1}{2}$cm. długie, a czwarty otwór tych samych wymiarów na czarnéj podszewce kabata; wszystkie te otwory przebiegają nieco ukośnie od góry i prawéj ku dołowi i na lewo; brzegi ich są gładkie, w środku samym brzeg dolny jest nieco wypukłym a górny nieco wklęsłym; na dolnym brzegu lewéj poły kabata podszewka mocno krwią zbroczona, również i w okolicy kieszeni lewéj. Również przedziurawioną jest kamizelka sukienna w okolicy lewéj kieszonki górnéj; długość otworu wynosi 2cm., przebieg jego podobny jak na kabacie; otwór przenika górną kieszonkę i podszewkę, mocno krwią zbroczoną. Nogawka lewa spodni, na któréj musiał także być otwór, spaloną została, jak już wspomniano, w Tarnowie.

Doświadczenia robione umyślnie na trupie za pomocą szabelki wykazały, że narzędziem tém można było zdziałać tak na ciele nagiém, jakotéż okrytém podobne całkiem rany, jakie znaleziono na Romanie Cz., przyczém na suknie ciało pokrywającém powstały otwory całkiem podobne do otworów właśnie opisanych, na sukniach Romana Cz. znalezionych, zwłaszcza jeżeli szabelkę wepchnięto szybko i zamaszysto, podobieństwo tak ran jako i otworów we wszystkich szczegółach było uderzające.

Po uskutecznieniu tych czynności p. Sędzia żądał od nas odpowiedzi na następujące pytania:

a) Jaka była przyczyna śmierci Ant. Słowika i czy takowa nastąpiła zaraz po ciosie?

b) Czy można wnioskować z pozycyi, w któréj Słowika znaleziono, że ciało po dokonanym czynie samo tak się ułożyło, czyli téż przez trzecią osobę lub więcéj tychże ułożoném zostało?

c) W którém miejscu izdebki i w jakiéj pozycyi prawdopodobnie znajdował się Ant. Słowik w chwili zadania mu ciosu śmiertelnego, czy bronił się, czy obwinięcie głowy jego starym kożuchem nastąpiło za życia jeszcze czy już po śmierci?

d) Czy czynu dopuścił się jeden człowiek lub dwóch, czy cios śmiertelny zdolnym był zadać tak dobrze Aleksander W. jak i Roman Cz. (przyczém się nadmienia, iż jak sprawdzono, każdego z nich ręka prawa może dobrze ująć rękojeść pałaszyka), który z nich prawdopodobnie zadał Słowikowi cios, a jaki przy tém udział miał drugi w takim razie?

e) Jak w obec przebiegu śledztwa wytłumaczyć sobie można i należy istnienie dwóch zranień na ciele Romana Cz.?

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III. Przyczynek do bezkrwawego leczenia uwięźnięcia przepuklin.

Podał **Dr. M. Buzdygan** w Zakopaném.

Franciszek Galica, l. 32, rzeźnik z Zakopanego, dnia 30 maja r. b. zeskoczył z wozu wśród biegu tegoż, poszedł pieszo do domu około pół kilometra i wkrótce wśród zajęcia swego dostał nagle tak wielkich mdłości i bólów w brzuchu i lewéj pachwinie, że wśród jęków położył się do łóżka a równocześnie spostrzegł guz w pachwinie lewéj bardzo bolesny. Ponieważ choremu już przed 9ciu laty nagle guz wyskoczył w téj saméj okolicy i z podobném cierpieniem a po „smarowaniu“ wkrótce ustąpił, więc i tym razem zawezwał „baby“, ale mimo energicznego smarowania przez dłuższy czas „baby“ nie pomogły. Chory wśród jęków spędza dni i noce bezsenne a stan się pogarsza. Wzmagają się bóle w brzuchu, nudności, wymioty cieczą zieloną, przyłącza się czkawka; uczucie dreszczów, to znów palenia, brak stolca przez cały ciąg choroby.

Wezwany kol. Dr. Wenanty Piasecki rozpoznał przepuklinę pachwinową lewą uwięzioną; usiłował odprowadzić takową ale bez skutku. Również inne środki jak: worki lodowe, lejek Hegara, okłady wysychające, łagodziły chwilowo cierpienie, ale guza nie usuwały.

Zawezwany przez kol. Piaseckiego na wspólną naradę d. 3go czerwca r. b., zatém w piątym dniu choroby, zastałem u chorego guz wielkości małéj pięści w lewéj połowie worka mosznowego, konsystencyi elastycznéj, od którego rozciągał się powyżéj więzadła Pouparta skośnie ku górze i zewnątrz aż do *Spina ant. sup.* obrzęk kiełbasowaty, zbity, bardzo bolesny. Brzuch miernie wzdęty więcéj w połowie górnéj, bolesny przy dotykaniu. W okolicy żołądka silne gniecenie, nudności, czkawka męcząca, prawie ustawiczna, brak stolca od 5 dni; po zastosowaniu lejka Hegara odchodzi czysta woda w ilości $\frac{1}{4}$ litra. Chory osłabiony z wyrazem wielkiego cierpienia, okryty zimnym potem, tętno przyspieszone, nikłe.

W obec tych objawów nie było wątpliwości, że mamy do czynienia z przepukliną uwięzioną. Na przemian z kol. Piaseckim próbowałem kilkakrotnie odprowadzenia, lecz bezskutecznie. Wtedy postanowiłem użyć jeszcze polewań eterem, środka polecanego przez Finkensteina, a gdyby i ten zawiódł, pozostawała nam tylko herniotomija, na którą się pacyjent zgodził.

Co 10 minut polewałem guz eterem w ilości około 25 gram. Już po pierwszém polaniu guz zaczął się zmniejszać i wyraźnie się oddzielił od jądra leżącego za nim i ku dołowi. Po czwartém polaniu eterem, gdy już guz znacznie zmalał, przystąpiłem do odprowadzenia, a po kilku ruchach ręką guz z łatwością dał się odprowadzić do jamy brzusznéj. Chory zaraz uczuł ulgę, bóle w brzuchu się zmniejszały, czkawka ustała, w pół godziny zasnął poraz pierwszy od 5 dni; spał całą noc doskonale; nad ranem oddał pierwszy stolec zbity, spieczony. Odtąd stolec codziennie prawidłowy, bóle ustąpiły, jak również wszystkie objawy chorobowe. Czwartego dnia opuścił łóżko i z paskiem przepuklinowym przechodzi się swobodnie.

Eter w tym przypadku oddał mi znakomite usługi, skoro w tak późnym okresie choroby wyręczył operacyję krwawą, słusznie więc należy go polecać do liczniejszych doświadczeń.

IV. Oceny i sprawozdania.

J. Doutrelepont. **Bakteryje gruźlicze w liszaju żrącym.** Kwestyja, czy liszaj żrący jest natury gruźliczéj lub nie, nie jest dotąd rozstrzygniętą. Friedlaender i jego zwolennicy, opierając się na badaniu histologiczném, uważają guzki liszaja żrącego za gruzełki, inni zaś sprzeciwiają się temu twierdzeniu. Również i próby szczepienia masą pochodzącą z liszaja żrącego, wykonane przez Cohnheima, Schüllera, Huetera, nie zdołały rozwiązać nasuwającego się pytania. Skoro Koch ogłosił swoje odkrycie bakteryj gruźliczych, zaczęto i w liszaju żrącym poszukiwać za temi drobnemi grzybkami. Między paru pracami w tym kierunku ogłosił i Doutrelepont z kliniki chorób skórnych w Bonn swoje spostrzeżenia. Autor już w r. 1880 nabrał przekonania, że liszaj żrący jest natury gruźliczéj. Utwierdził go w tém następujący przypadek. W r. 1880 w klinice była leczoną dziewczynka, która cierpiała na liszaj żrący twarzy i odnóg. Nagle u dziewczynki téj rozwinęła się *Meningitis basilaris*, i zabiła ją w ciągu 8 dni. Sekcyja nie mogła wykazać żadnego innego ogniska zakażenia gruźliczego, jak tylko liszaj żrący.

Od niejakiego czasu więc Doutrelepont zajmował się szukaniem w guzkach liszaja żrącego prątków gruźliczych, tém bardziéj, że właśnie Demme był podał, że napotkał te grzybki w komórkach olbrzymich nowotworu. W badaniach tych udało się autorowi w 7 przypadkach wykazać prątki gruźlicze. Pięć preparatów pochodzi z liszaja żrącego twarzy, jeden z nowotworu tego z nogi, a trzeci z błony śluzowéj nosa. Ilość bakteryj w preparatach badanych była różną. W jednym przypadku liszaja, pochodzącego z młodéj silnéj dziewczynki, w każdym preparacie było można znaleść dużo prątków. W drugim znów, pochodzącym z liszaja odnawiającego się, wykazać było można tylko w niektórych preparatach drobne grzybki, i to tylko po staranném przeszukiwaniu. Preparata te okazywały również i komórki olbrzymie w liczbie bardzo szczupłéj. Prątki te najczęściéj znajdowały się pomiędzy komórkami. Ale i w samych komórkach napotykano je. Najczęściéj były one pojedyńczo rozsiane między komórkami. Czasem tylko napotykano grupy złożone z 10 do 12 prątków. W preparacie, pochodzącym z liszaja błony śluzowéj nosa, znajdowały się prócz prątków gruźliczych nielicznych, niebiesko zabarwionych także i inne gatunki bakteryj, zabarwionych wesuwinem. Te ostatnie, występujące nader licznie, znajdowały się najczęściéj pośród komórek. Autor uważa sposób barwienia bakteryj według metody Kocha za najodpowiedniejszy przy badaniu bakteryj gruźliczych w liszaju żrącym. Barwienie podwójne ułatwia znacznie wyszukanie nielicznych bakteryj, co już Eichler i Finkler podnieśli. Autor przychodzi w końcu do wniosku, że wykazanie prątków gruźliczych w guzkach liszaja żrącego, obok dawnéj udowodnionéj identyczności budowy ich z gruzełkami, stanowczo przemawia za naturą gruźliczą téj choroby skóry. Dr. Eschbaum, asystent kliniki, wraz z autorem rozpoczęli hodować prątki, wydobyte z liszaja żrącego. Próby szczepienia czystemi prątkami może zdołają w końcu stanowczo powyższe pytanie rozstrzygnąć. (*Monatshefte f. pr. Dermatolog.* Nr. 6). Ω

Prof. Pribram (w Pradze): **O leczeniu otyłości chorobowéj.** Wykład kliniczny.

Prof. P. przedstawił chorego niezmiernie otyłego, a nawiązując do tego przypadku wspomniał o leczeniu i następstwach otyłości chorobowéj. Mężczyzna ten średniego wzrostu, zajmował się od młodości przyrządzaniem tajemniczéj trucizny na myszy i szczury, w któréj skład wchodził arsen i fosfor. Żył zawsze w dobrych stosunkach, odziedziczył jednak już po ojcu skłonność do tycia a mimo, że w piciu był wstrzemięźliwym, jadał za to bardzo wiele pokarmów tak mięsnych jakoteż mącznych. Od 6 lat spostrzegł, że zaczyna nagle tyć nadmiernie, przed rokiem zaczął cierpieć na duszność, a od kilku tygodni opuchły mu odnogi. W dniu przyjęcia widać było na twarzy jego sinicę, oddech przyspieszony z wydechem wydłużonym i utrudnionym obok słyszalnych świstów, nie gorączkował jednak a tętno sprychowe, dobrze wymacać się dające, uderzało regularnie. Uderzenia serca nie można było wykryć z powodu nader obfitego pokładu tłuszczowego na klatce piersiowéj. Ważył on 181·5 kilogr., obwód klatki piersiowéj w wysokości brodawek wynosił 149 cm., obwód brzucha w wysokości pępka 186 cm., ramienia 41 cm., przedramienia 36 cm., uda 66 cm., podudzia 51 cm., a szyi 50 cm. Gdy miał wejść do sali musiano oba skrzydła drzwi otworzyć; najwygodniéj było mu w pozycyi stojącéj, siedzieć nie mógł długo a leżeć nie mógł prawie wcale. We wszystkich okolicach ciała widać było olbrzymio rozwiniętą podściółkę tłuszczową, jedynie na grzbietach rąk można było wykazać płytkie dołki odpowiadające palcom. Pomimo grubego pokładu tłuszczowego można było wykazać przez wypuk powiększenie granic płuc, mimo to stłumienie odpowiadające sercu nie było wcale na większéj przestrzeni. Drugi ton nad t. płucną zaostrzony, reszta tonów głuche. Szmery oddechowe na klatce piersiowéj nieoznaczone a w ostatnich dniach życia liczne drobno i grubo-bańkowe rzężenia po obu stronach. Puchliny brzusznéj nie można było wykazać ani téż oznaczyć rozmiary narządów jamy brzusznéj. Mocz zrazu w skąpéj ilości zawierał obficie białko i wałeczki szkliste, po podawaniu środków moczopędnych ilość moczu wynosiła $1\frac{1}{2}$ litra na dobę a białka już nie zawierał. Chory ten cierpiał więc obok bardzo znacznéj otyłości rozedmę płuc z nieżytem oskrzelowym, do czego przystąpił obrzęk płuc jako objaw końcowy. Puchlinę odnóg i białkomocz uważać należało za objawy zastoiny, które przynajmniéj w części zawisły od rozedmy płuc, a po części występowały jako końcowe objawy otyłości chorobowéj. Sama otyłość miernego stopnia nie może być uważaną za chorobę, gdy jednak wzmaga się znacznie, utrudnia ruchy klatki piersiowéj i przepony a duszność ztąd powstała nie dozwala choremu używać ruchu, zmusza go do życia siedzącego, co staje się znowu przyczyną gromadzenia się tłuszczu. Pokłady tłuszczu rozwijają się w miejscach, gdzie tłuszczu w stanie prawidłowym nie ma a co najważniejsza zajmują one okolicę tętnic wieńcowych i bujają wśród włókien mięśnia sercowego tak, iż upośledzają znacznie czynność serca i ta to okoliczność zagraża życiu otyłych. Utrudnienie czynności serca sprowadza cały szereg następstw, jak zastoiny, wysięki surowicze, które z swéj strony wzmagają cierpienie chorego a wśród warunków sprzyjających może przyjść do nagłego ustania czynności serca, albo téż do powolnie powstającego obrzęku płucnego. Chorym tym zagraża również niebezpieczeństwo ze strony tętnic zwyrodniających miażdżycowo. Otyłość jest dziedziczną, przechodzi z pokolenia na pokolenie, a zwykle nie można dociec przyczyn tego tycia. Najczęstszą przyczyną bywa spożywanie pokarmów skrobiowatych w znacznéj ilości lub też wyskoku; w innych przypadkach występuje nadmierne tycie po utracie większéj ilo-

ści krwi, mniejsza bowiem ilość krwi w organizmie bywa przyczyną zmniejszonego utleniania a ztąd stłuszczenia. W przeszłości tego właśnie chorego nie można było żadnéj z przytoczonych szkodliwości wykazać, przebył on jedynie zimnicę a tylko wieloletniemu zajmowaniu się przetworami arsenu i fosforu, których najdrobniejsze cząstki może się dostawały do organizmu, przypisałby P. pewne znaczenie w tym właśnie przypadku. Rozwój tkanki tłuszczowéj utrudnia krążenie żylne i wywołuje rozdęcie żył tak na odnogach dolnych jakoteż guzy krwawnicowe. Ostatnie bywają zazwyczaj źródłem uporczywych i częstych krwotoków, co wpływa również niekorzystnie na samą główną sprawę chorobową, tj. stłuszczenie. Tak tedy objawy chorobowe i ich następstwa stanowią błędne koło, z którego chorych tych zaledwie czasem wydobyć można. Jeżeli jako przyczynę tycia wykaże się nadmierne spożywanie pewnych potraw lub téż wyskoku, to pierwszém naturalnie wskazaniem leczniczém będzie ograniczone ile możności spożywanie pierwszych a zupełne zabronienie drugiego. W licznych jednak przypadkach system ten zaledwie daje się przeprowadzić a to z tego powodu, że powstają zboczenia w narządzie trawienia lub wychudnienie następuje gwałtownie i prowadzi do charłactwa. Zauważono nawet, że wśród leczenia t. zw. bantingowskiego otyłość wcale zmianom nie ulega. Ebstein zmodyfikował ten sposób leczenia tak, że jakkolwiek wyklucza z pokarmów te które zawierają skrobię lub cukier, dozwala jednak spożywać małe ilości tłuszczu lub masła z potrawami mięsnemi. Jako leki w ściślejszém znaczeniu stosuje się od dawna środki alkaliczne, które przyspieszają przemianę materyi w organizmie a z tych najwięcéj na uznanie zasługuje siarkan sodowy i wody mineralne, które tę sól zawierają, np. karlsbadzka, maryjenbadzka itd. Działanie tych wód polega na szybszém przesuwaniu treści jelit, tak że pożywienie nie może być w jelicie należycie wyzyskaném na korzyść organizmu. Przy wyborze wód mineralnych należy uwzględnić ilość kwasu węglowego, gdyż wód obfitujących w ten składnik nie należy polecać w przypadkach, w których występują krwotoki z guzów krwawnicowych lub z macicy. Jeżeli nie ma skłonności do krwotoków a chorzy są niedokrewni, co się zazwyczaj zdarza, należy polecać wody zawierające żelazo obok soli glauberskiéj, jak np. wodę maryjenbadzką lub francensbadzką. Doświadczenie pouczyło, że wody te są najskuteczniejszemi, jeżeli chory używa ich przy źródle samém a leczenie to ma i tę korzyść, że przyzwyczaiwszy się do odpowiedniéj dyjety zachowują ją także i po powrocie do domu. Powikłania głównéj choroby leczy się symptomatycznie, jak w niniejszym przypadku zastósowano środki moczopędne przeciw wysiękom surowiczym, i zdołano tym sposobem usunąć sinicę i duszność, chory jednak mając się już względnie dobrze zemdlał raz rano a przestał żyć wśród objawów znacznego upośledzenia czynności serca i rozwijającego się obrzęku płucnego. (*Allg. Wiener med. Ztg.* Nr. 27, 1883). *Dr. Schaitter.*

Seifert (docent w Würzburgu): **Przyczynek do leczenia rozstrzeni oskrzelowych.**

W dwóch przypadkach rozstrzeni oskrzelowych stósował autor wstrzykiwania 3% roczynu kwasu karbolowego za pomocą strzykawki Pravatza po 2 gramy na raz w miąższ płuc. Po wstrzyknięciu zmniejszyła się ilość plwocin. Plwociny straciły swą woń cuchnącą i nie odzyskały jéj nawet po 2 miesiącach, w którymto czasie chory wdychiwał *Ol. Eucalypti 2.0, Aq. destill. 200.0, Spir. vin. 30.0.* Ból przy wstrzykiwaniu jest bardzo mały, czasem tylko występuje krótkotrwały kaszel, a miąższ płuc znosi wstrzykiwania bardzo dobrze tak, że przy wstrzykiwaniu nie potrzeba się żadnego niebezpieczeństwa obawiać. Same wdychiwania rozlicznych środków jak olejku terpentynowego, chinolinu, tanin a nawet *Ol. Eucalypti* nie mogły nigdy bez poprzednich wstrzykiwań w miąższ płucny odebrać plwocinom cuchnącéj woni i zmniejszyć ich ilości. (*Berl. klin. Wochenschrift* Nr. 24, 1883). *Dr. Prus.*

Hiller: **Wyciąg bobu kalabarskiego w przypadkach gnuśności jelit.**

Z licznych doświadczeń wykonywanych na zwierzętach wiadomo nam, że wyciąg bobu kalabarskiego wywiera znaczny wpływ nietylko na ośrodki oddechowe i krążenia, lecz na wszelkie narządy, w których skład wchodzą mięśnie gładkie. W dawkach trujących sprowadza nawet kurcz tężcowy całego przewodu pokarmowego, i to li tylko skutkiem bezpośredniego działania na nerwy i zwoje warstw mięsnych. Okoliczność ta naprowadziła już przed kilku laty Subbotina na domysł, czyliby nie można użyć téj własności wyciągu bobu kalabarskiego celem wydalenia kału w długotrwałych zastoinach kałowych. Kilka doświadczeń tego autora jak niemniéj doświadczenia Schäfera w Bonie wykazały w istocie znakomite skutki tego przetworu w pewnych postaciach chorobowych gnuśności jelit. Hiller przedsięwziął na nowo szereg doświadczeń w klinice Leydena a wyniki, do jakich doszedł, są następujące:

Wyciąg bobu kalabarskiego jest zupełnie bezskutecznym w przypadkach zwykłego zatwardzenia, gdzie prawie zawsze trzeba było użyć późniéj olejn kleszczowinowego, alony lub *Extr. Rhei comp.* albo téż lawatyw. Przeciwnie skutek był wybitnym i dobrym w tych przypadkach, w których chorzy użalali się na pełność żywota, uczucie ciśnienia w dołku podsercowym, chwilowe wzdęcia podbrzusza gazami lub podobne dolegliwości. Skutek był widocznym po jedno- najdaléj po dwudniowém używaniu wyciągu; nie trwał jednakowoż dłużéj nad 2—3 dni, poczém na nowo lek musiano podawać. H. używał leku tego w postaci kropel i sądzi, że tylko żołądek i jelito cienkie ulegają wpływowi tonicznemu bobu kalabarskiego, przypuścić téż należy, że w górnych odcinkach przewodu pokarmowego szybko ulega wessaniu. Następujące wskazania odnoszą się do korzystnego działania wyciągu:

1. w gnuśności jelit towarzyszącéj nieżytowi przewłocznemu żołądka i jelit;

2. w gnuśności jelit pozostałéj po przebyciu ciężkich chorób, np. duru brzusznego, czerwonki;

3. w t. zw. „zastoinach w żywocie“, t. j. gnuśném oddawaniu stolca, w wzdęciu i wiatrach, zboczeniach rozwijających się u osób ciągle przesiadujących;

4. w bębnicy jakiegokolwiek rodzaju, szczególniéj w przebiegu duru brzusznego (gdy grozi przedziurawienie jelita), wśród przewłocznego zapalenia otrzewny lub wśród wodnéj puchliny. H. przepisywał lek ten w sposób następujący:

Rp. Extr. Fabae Calabaricae 0·10,
Glycerini puri 30.0
Solve. S. 3 razy dnia po 5—10 kropli zażyć.

Dłuższe nieprzerwane użycie leku tego sprowadza objawy otrucia, a mianowicie zatrzymanie moczu, zboczenia w unerwieniu serca, zwężenie źrenic, przypady niedozwalające dłuższego nad dwa dni użycia bobu kalabarskiego.

W razie śladu otrucia najlepszą odtrutką jest jak powszechnie wiadomo makowiec. (*Charité-Annalen*, VIII, 1883, str. 253—242). *Dr. Pisek.*

Sattler H. (prof. w Erlandze): **Nowa choroba zakaźna** *Ophthalmia-Jequirity.*

(Dokończenie. Patrz Nr. 25).

Przebieg zapalenia spojówkowego jest następujący: Po zapuszczeniu nalewu jequirity nie doznają chorzy uczucia bólu, pieczenia lub innych zmian podmiotowych. Trzy do czterech godzin późniéj wykazać można nastrzykanie spojówki powiekowéj i załamka, lekkie rozpulchnienie tegoż i łzawienie. W dziesięć godzin po zapuszczeniu występuje obrzmienie spojówki gałkowéj i spojówki powiek. Ze szpary powiekowéj spływają łzy i śluz, wydzielina spojówkowa ścina się tworząc cienkie błony, które przylegają do spojówki powiekowéj i bez trudności dają się usunąć, przyczém spojówka wyjątkowo tylko broczy. W nocy skarżą się chorzy na ból i na bezsenność. Dnia następnego zmienia się obraz chorobowy. Powieki bywają sklejone, aż po brzeg oczodołu obrzmiałe, połyskujące, gorące i za dotknięciem bolesne. Chorzy oczu otworzyć nie mogą. Przy badaniu spojówki wypływa ze szpary powiekowéj gorący płyn, spojówka powiek i gałki ocznéj, nie wyjmując załamka, jest obrzmiała i żółto-szarą błoną pokryta, która się odłączyć lub zetrzeć nie daje. W niektórych przypadkach powstają błony, które zakrywają oko przechodząc z załamka górnego do załamka dolnego, jak to bywa w przypadkach *Conjunctivitis crouposa*, na co w ostatnich latach zwrócili uwagę Arlt i Schiess-Gemuseus. Rogówka jest prawidłową. Chorzy skarżą się na gwałtowne bóle, czują się ciężko chorymi, są bardzo niespokojni, *glandula supraparotidea* obrzmiewa, a gorączka dochodzi do 38·2°C. Trzeciego dnia wszystkie objawy w wyższym występują stopniu a wydzielina dotąd śluzowo-łzowa bywa ropiastą. Dnia czwartego, wliczając dzień, w którym zapuszczono ciecz do oczu, następuje polepszenie; obrzmienie się zmniejsza, rogówka wykazuje czasem w dolnéj części zaciemnienie, powierzchnia wygląda nierówna, jakby pokłóta, a wydzielina już mniéj obficie spływa po twarzy niż dnia poprzedniego. Ósmego lub dziesiątego dnia już błon wykazać nie można, spojówka powiek miernie bywa zaczerwieniona, wydzielina śluzowo-łzowa skąpo odpływa ze szpary powiekowéj. Jeżeli przed zapuszczeniem nalewu na spojówce powiek znajdowały się ziarna jaglicowe, tedy po ustąpieniu zapalenia zaledwie ślady tychże wykazać można, a w przeciągu pewnego czasu już bez dalszego leczenia znikają zupełnie. Przerosty brodawek dłuższy czas się utrzymują; rogówka się wyjaśnia, w dwóch tylko przypadkach powstały wrzody, skutkiem których dolną część rogówki zajęły blizny. Autor przeprowadził również cały szereg doświadczeń na królikach, u których po zapuszczeniu nalewu jequirity groźniéj i ostrzéj przebiega zapalenie spojówki niż u człowieka. Pewna ilość królików nawet uległa chorobie. Oględziny pośmiertne przyczyny śmierci wykryć nie zdołały.

Przebieg choroby już poucza, że zapalenie spojówki występujące po zapuszczeniu nalewu jequirity różni się od zapaleń spojówki powstałych skutkiem dostania się do oka środków drażniących, że wreszcie w ogóle różni się od wszystkich dotąd znanych spraw zapalnych téj błony. Natomiast są cechy, które przemawiają za chorobą zakaźną, a mianowicie pora tajenia się jadu i ściśle z góry oznaczyć się dający czas trwania choroby. To też Wecker już w pierwszéj swojéj rozprawie dotyczącéj tego leku wspomina, że nie sądzi, aby zapalenie spojówki powstawało skutkiem żrących własności nalewu, lecz że w nim się znajduje zaczyn, który właściwy skutek wywiera. Również Monza Brazil spodziewał się, że w nalewie znajdą się ustroje widoczne za pomocą drobnowida, gdyż przesłał próbkę nalewu Silvie Arnjo celem zbadania. Tenże wykazał istotnie w cieczy, którą Brazil przesłał, wielką ilość różnych ustrojów, prątków i innych żyjątek, które niczém się jednakowoż od tych nie różniły, które napotykamy w cieczach wystawionych na działanie powietrza w zwyczajnéj pokojowéj ciepłocie. Kiedy nadto chemiczne badania nasion i nalewu, wykonane przez Sattlera, nie wykazały połączenia chemicznego, któreby mogło drażniąco działać, tedy nasunęło się pytanie, czy przecież nie udałoby się wykazać w nalewie istot upostaciowanych, które żyjąc wydzielają jad szkodliwie na spojówkę działający, a w takim razie zapalenie spojówki byłoby w pełném tego słowa znaczeniu chorobą zakaźną. Aby to udowodnić, należało: 1) wykazać żyjątka w nalewie jequirity jak nie mniéj w tkaninach tą chorobą dotkniętych, 2) że nalew nie działa szkodliwie na spojówkę, jeżeli się uda oddzielić żyjątka od cieczy, albo życie tychże zniszczyć, a wreszcie 3) należało je hodować i wykazać, że wyhodowanym materyjalem można taką samą sprowadzić chorobę. Dowód ten według przytoczonego pomysłu przeprowadził Sattler z wielką ścisłością i gruntownością.

Autor podaje, że pierwsze ślady organicznego życia można w nalewie za pomocą drobnowida wykryć już w pierwszéj godzinie po nalaniu nasion, na pewne atoli dopiero w szesnaście godzin. Są to jednostajne, cieniutkie pręciki, które pojedynczo lub w parach, a czasami po cztery pływają w cieczy. Większa część wykonywa bierne tylko ruchy, prądem cieczy porwane, inne zaś wykonywają wahadłowe ruchy lub wiszą na koło osi przechodzącéj przez środek lub koniec pręcika. Czasem niektóre z nadzwyczajną szybkością przebiegają pole widzenia, znikają i znowu się pokazują, a wreszcie stają, aby po chwili wykonywać wahadłowe ruchy. Oprócz tych zupełnie już wykształconych laseczników można w cieczy rozróżnić zarodki z ruchem drobinowym. Sattler wreszcie spostrzegał, jak z laseczników znowu powstają zarodki *(Sporen).*

Ciepłota ma wielki wpływ na rozwój i pomnażanie się laseczników. Przy 34—36°C. już w 12 godzin po nalaniu nasion ogromną ilość tychże wykazać można. Przy 2—3 stopniach ciepła wcale się nie pomnażają. Zarodki zasuszone a po tygodniu wodą nalane żyją i pomnażają się, również ogrzanie w stanie suchym do 110°C. wcale ich życia nie pozbawia, natomiast gotowanie przez 10 minut niszczy zarodki i pozbawia je zdolności do dalszego wzrostu i pomnażania się. Laseczniki jequirity żyją kwasorodem (*Aërobia*); w nalewie znajdującym się w szczelnie zamkniętém naczyniu nie pomnażają się.

Nakoniec wspomina Sattler, że mu się udało za pomocą tego środka wyleczyć kilka przypadków zapalenia jaglicowego, lecz przestrzega, aby w przypadkach, w których rogówka jest prawidłową, z wielką lek ten stósować ostrożnością, gdyż podobnie jak po zaszczepieniu ostrego śluzoropotoku można rogówkę utracić. *(Zehender klin. Monatsbl.* t. XXX i zeszyt z czerwca 1883, *Wiener klin. Wochenschr.* 1883, Nr. 17—21). *Dr. Machek.*

Wiadomości pomniejsze.

W **dławcu** okazał się na podstawie ścisłych i nader li-

cznych spostrzeżeń **brom jako środek nader skuteczny.** Po mimo niezliczonéj ilości leków „swoistych“ nie waha się Hiller polecić na nowo [1]) ten lek przekonawszy się o znakomitém jego działaniu. Ważnym jednakowoż szczegółem, o którym często się zapomina, jest konieczność jak najczęstszego użycia bromu, gdyż tylko tym sposobem udało się autorowi otrzymać świetne wyniki i w najgorszych przypadkach. Po zwięzłym wywodzie teoretycznym o wartości dezinfekcyjnéj niektórych leków, w szczególności bromu, omawia H. własne doświadczenia. Przedewszystkiém należy pędzelkować zajęte miejsca w gardle co godzina lub przynajmniéj co 2 godzin jednoprocentowym (najmniéj) rozczynem bromu i bromku potasu a równocześnie zastosować wdychiwania najmniéj pięć minut trwające co $^1/_2$—1 godziny, rozczynem 0·2 do 0·4%. Wdychiwania stosował H. w ten sposób, że w szklany 15cm. długi cylinder (jaki się znachodzi przy każdym przyrządzie do wdychiwań) wsuwał gąbkę wielkości orzecha włoskiego maczaną w powyższym rozczynie. Węższy koniec cylindra wkłada się do ust chorego, któremu następnie zaleca się oddychać swobodnie lecz głębiéj nieco. H. przepisuje następujące formułki:

Rp. Bromii puri
Kali bromati āā 0·5 (do 1·0!)
Aq. destillatae 200·0
Solve. D. S. Co 2—3 godzin pędzelkować.
Rp. Bromii puri.
Kali bromati āā 0·6
Aq. destillatae 300
Solve. D. S. Do wdychiwań co $^1/_2$—1 godz.

(Rozczyn może być nieco silniejszy do 1 : 300, gdy chory dobrze znosi lek; w przypadkach, gdzie lek drażni, można użyć słabszego nieco rozczynu 0·6 na 400, 500 wody). (*Charité-Annalen*, VIII. 1883, str. 224—235. *Dr. Pisek.*

(I. S.) Vavart wyleczył 11 przypadków **zapalenia opon mózgowych** (na 25 obserwowanych) następującym sposobem: wewnętrznie podawał jodek potasu, głowę polecał natrzeć olejkiem krotniowym, aby tym sposobem wywołać rozległe ropienie. V. żywi przekonanie, że zapalenie opon mózgowych u dzieci pojawia się nierównie rzadziéj jako skutek gruzełków aniżeli się to powszechnie przypuszcza; częściéj ma ono powstawać na tle zołzów, które nie ograniczają się do skóry lecz zajmują również i opony. (Autor widocznie odróżnia jeszcze zołzy od gruźlicy).

(I. S.) Robotnik zajęty w fabryce Siemensa około urządzania oświetlenia elektrycznego doznawał codziennie przy tém zajęciu niedowidzenia przez 15 minut, późniéj łzawienia i obrzmienia powiek — stan ten ustępował jednak po zastosowaniu zimnych okładów.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

X. Posiedzenie zwyczajne Tow. lek. krak. z d. 6 czerwca 1883.
Przewodniczący kol. Kwaśnicki. Członków obecnych 16.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i bez zmian przyjęto.

2) Kol. Bętkowski przedstawił chorą z szpitala św. Łazarza, u któréj kol. Obaliński usunął kilka odłamków ze złamanéj kości ciemieniowéj lewéj wraz z częścią stłuczonego mózgu. Prelegent poczynił uwagi dotyczące przebiegu porażeń i wypadnięcia mózgu (*prolapsus cerebri*). Pomijamy nader zajmujące szczegóły i spostrzeżenia odnoszące się do tego przypadku, gdyż będą one wkrótce w całéj swéj rozciągłości ogłoszone w Przeglądzie Lekarskim.

3) Kol. Blumenfeld przedstawił chorą ze szpitala św. Łazarza, u któréj kol. Obaliński wykonał resekcyję kości stopy metodą Buscha z bardzo dobrym skutkiem. Metodę tę podał Busch dopiero z końcem roku zeszłego, wypróbowawszy ją na jednym przypadku. Kol. Obaliński dotychczas już w 5 przypadkach operował tym sposobem, a o rezultacie tych operacyj ogłosi wkrótce pracę większą. W przedstawionym przypadku usunięto całą kość skokową, a z kości pięowéj wyskrobano część wielkości orzecha włoskiego. Gojenie trwało około 6 tygodni, poczém pozostała blizna linijowa; mała zatoka po stronie wewnętrznéj po częstszém wylapisowaniu potrzebowała jeszcze koło 14 dni do zupełnego zagojenia. W dyskusyi zabierał głos kol. Schramm.

4) Kol. Pieniążek przedstawił chorą, u któréj przed dwoma laty zrobił tracheotomiję z powodu zwężenia krtani sprawionego przez przerost błony śluzowéj na bocznych ścianach krtani poniżéj więzadeł, jakotéż na dolnych powierzchniach tych ostatnich. Z powodu bardzo znacznego zwężenia musiał ją robić nagle w nocy bez pomocy i wykonał operacyję nie warstwowo lecz *en masse*. W pół roku potém rozpoczął u niéj dylatacyję metodą Schröttera, t. j. przez wprowadzanie coraz grubszych czopków cynowych i wtedy przedstawił ją w Tow. lekarskiém krakowskiém, demonstrując zarazem metodę dylatacyjną. Po 3 miesięcznéj dylatacyi, kiedy głośnia powróciła do rozmiarów prawidłowych, wysłał prelegent chorą na wieś i kazał jéj przedstawiać się co miesiąc, a widząc, że zwężenie nie wraca, wyjął jéj kaniulę po 3ch miesiącach, poczém nie widział choréj rok cały. Po roku operowana znów się pokazała, kol. P. znalazł, że szerokość głośni jest prawidłową, a po kaniuli pozostała przetoka. Tę ostatnią przyżegnął przed tygodniem galwanokauterem. Obecnie głośnia przedstawia szerokość prawidłową, więzadła jednak są zgrubiałe, a mianowicie wolne ich brzegi są zupełnie tępe, pod prawém więzadłem znajduje się wielka bruzda, pod nią zaś znów wyniosłość równoległa brzegowi więzadła. Jest więc obecnie przerost więzadeł, choć w stopniu takim, że niczém nie utrudnia oddechu. Przyczyną choroby był nieżyt przewlekły, cechujący się skąpą zasychającą wydzieliną, jaką znajdujemy obecnie poniżéj więzadeł na ścianach krtani i tchawicy, nazwany przez Störka ropotokiem przewlekłym (*blenorrhoea chron.*). W dyskusyi zabierał głos kol. Kohn.

5) Kol. Schramm przedstawił chorego, u którego kol. Mikulicz wykonał resekcyję stopy własną metodą. Przypadek ten ogłoszonym będzie w Przeglądzie Lekarskim.

6) Kol. Schaitter objaśnił kilka rzadkich okazów anatomicznych z dziedziny medycyny sądowéj. W dyskusyi zabierał głos kol. Kohn.

Na tém posiedzenie zakończono.

Dr. Mendelsburg.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak.

Posiedzenie II z dnia II kwietnia 1883.
Przewodniczący Dr. Ściborowski. Członków obecnych 10

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia z dnia 12 lutego r. b. odczytano i przyjęto.

2) Przewodniczący złożył do księgozbioru Komisyi dziełko Dra B. Skórczewskiego p. t. Przewodnik dla chorych udających się do Krynicy, ofiarowane przez autora; oraz zawiadomił, że redakcyje czasopism balneologicznych *Bade Ztg.* i *Cursalon* nadesłały pierwsze numery swych wydawnictw.

3) Przewodniczący zawiadomił, że na podanie komisyi wniesione d. 15 lutego r. b. do Ministerstwa handlu o usunięcie niedogodności, na jakie są narażeni goście udający się w porze letniéj do zdrojowisk: Krynicy, Szczawnicy i Żegiestowa, Namiestnictwo galicyskie, któremu podanie zostało przesłane już w d. 13 marca r. b., odpowiedziało: 1. że zarząd pierwszéj węgiersko-galicyjskiéj kolei zawezwany do oświadczenia się w téj sprawie złożył deklaracyję, iż przy wprowadzeniu w życie planu ruchu za sezon letni r. b. zostaną ile możności uwzględnionemi potrzeby publiczności udającéj się do zakładów

[1]) Jeszcze w roku 1861 zalecali brom przeciw dławcowi lekarze rosyjscy w postaci wdychiwań (*Jahrb. d. Kinderheilkunde. IV. Jahrg., Heft 2. Wien*). Późniéj zalecali lek ten Freese, Schulz, Gottwald.

galicyjskich; 2. że administracyja galicyjskiéj kolei Karola Ludwika została zawezwaną, aby braki te w najkrótszym czasie usunęła.

4) Przewodniczący z wiadamia, iż na okólniku wystosowanym do kolegów z zaproszeniem do brania czynnego udziału w pracach komisyi balneologicznéj podpisało się 37 czynnych członków T. l. k. Takie powiększenie liczby członków dawałoby nadzieję, iż zakres prac komisyi zostanie rozszerzonym, jeżeli choć połowa z podpisanych rzeczywiście weźmie udział czynny i w ten sposób uczyni zadość przyjętemu dobrowolnie zobowiązaniu.

5) Przewodniczący zawiadomił, iż z dwudziestu kilku zakładów zdrojowych i klimatycznych, do których posłano wezwania o sprawozdanie, dotąd 10 zadość uczyniło wezwaniu, do kilku celniejszych zakładów, które po inne lata sprawozdania nadsyłały, posłaném zostanie przypomnienie, aby wezwaniu w jak najkrótszym czasie zadość uczynić zechciały.

6) Odczytano list nadesłany od jednego z lekarzy prowincyjonalnych do redakcyi Przeglądu Lekarskiego, dotyczący wydania obrazu polskich zakładów zdrojowych, który redakcyja odstąpiła zarządowi komisyi. W liście tym podane uwagi co do sposobu wydania wspólnemi siłami i kosztem wszystkich zdrojowisk polskich, oraz co do planu sprawozdań corocznych ze zdrojowisk, zgadzające się z zapatrywaniami komisyi, uwzględnionemi zostaną w prospekcie wydania dziełka, o którém mowa, a który wkrótce zostanie ogłoszony.

7) Przewodniczący okazał cukier mleczny i pastylki żętyczne nadesłane z zakładu zdrojowo-leczniczego w Morszynie wraz z żętycą tamże wyrabianą. Żętyca, zdaniem przewodniczącego, jest czysta i smaczna, cukier mleczny odpowiada wymaganiom, co zaś do pastylek żętycznych tych potrzeby wyrabiania komisyja nie widzi dotychczas.

8) P. Julijan Zubrzycki właściciel zakładu zdrojowego w Rabce, któremu nałożono podatek od wyrobu soli otrzymywanéj z wody rabczańskiéj jako dodatek do kąpieli, za pośrednictwem lekarza zdrojowego Dra Kopffa udaje się do komisyi z prośbą o poświadczenie, że sól wyrabiana nie może być uważaną za sól kuchenną, że ona składniki do celów leczniczych służące zawiera. Postanowiono życzeniu p. Zubrzyckiego zadość uczynić, gdy nadeśle wypadki rozbioru chemicznego soli rabczańskiéj obecnie wyrabianéj, albo téż jeżeli nadesławszy stosowną ilość soli podejmie się ponieść koszta rozbioru, który komisyja jednemu z swych członków poruczy.

9) Kol. Wierzbicki z uwagi, iż wezwaniu zeszłorocznemu o zakładaniu stacyj meteorologicznych choćby niezupełnych jeden tylko zakład zadość uczynił, wnosi, aby odezwę ponowić. Komisyja postanawia przy sposobności życzeniu temu zadość uczynić.

10) Kol. Skórczewski przedstawił swą pracę właśnie w druku będącą p. t. Klimatologija Krynicy jako zakładu zdrojowo-kąpielowego na podstawie spostrzeżeń meteorologicznych dokonanych w ciągu sześciu lat 1877—1882.

W dyskusyi brali udział koll. Warschauer, Wierzbicki, Krasiński i Przewodniczący. Na tém posiedzenie zakończono. *Dr. W. Ant. Gluziński.*

VI. Urywki z dziejów ginekologii.

Napisał Dr. M. Kohn w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 27).

Wykazawszy pokrótce, że w różnych i w najdawniejszych już czasach nie brak było ginekologów i świetnych tego zawodu autorów, przytoczę urywki z różnych ich poglądów na choroby kobiece i ich leczenie od najdawniejszych czasów.

1. Ulubionym sposobem stósowania leków na macicę była u starożytnych forma stoczków. Nazywali je *suppositoria vel pessaria.* Składały się z maści osłoniętéj zwojem waty i miały kształt palca. Używano do tego szpiku z wołu lub dzikich zwierząt, tłuszczu gęsiego itp., do czego po stopieniu dodawano rozmaite leki, a po oziębieniu nadawano im kształt stoczka. Używano stoczków takich w rozmaitych celach, najczęściéj dla uregulowania czyszczeń miesięcznych, lub sprowadzenia poronień, co często praktykowano za czasów Juwenala. Takie pesaryja zawierały silne środki, jak kantarydy, elaterium, colocynth itd. Hipokrates używał w celu uśmierzenia krwotoków macicznych stoczków z środkami ściągającemi, niemniéj w przypadkach dyslokacyi macicy, jako téż przy upławach, które uważał za rozkład chorobowy nasienia żeńskiego w macicy i rozmiękczenie téjże w znaczeniu dzisiejszéj atonii. W braku czyszczeń miesięcznych *(Amenorrhea)* używał pesaryjów z halunu zmięszanego z balsamem lub ususzonéj żółci wołowéj z oliwą. Takichże stoczków użytek zaleca w gorączce połogowéj, przy zatrzymaniu łożyska, opadnięciu macicy, raku macicy *(scirrhus)*, bolesném miesiączkowaniu. Celsus podaje bardzo dokładny opis pesaryjów i uważa je za nader pożyteczne w leczeniu rozmaitych chorób kobiecych. Oribasius, Aëtius i Actuarius bardzo obszernie opisują pesaryja, sposób ich przyrządzenia i użycia. Myrepsus opisuje 45 gatunków stoczków. Antyllus rozróżnia dwie ich gromady: *emollientia* i *aperientia*; pierwsze wskazane w zapaleniach, drugie w reszcie chorób macicznych. Lekarze arabscy równie chętnie używali stoczków a w sposobie sporządzenia i użycia byli naśladowcami autorów greckich. Późniéj przez wieki całe w zapomnieniu stoczki na nowo w chorobach kobiecych w użycie wprowadził Simpson.

2. Wstrzykiwań pochwowych, które tak ważną dziś w ginekologii odgrywają rolę, używano już w dawnych także czasach. Antyllus opisuje ich użycie. Twierdzono, że w miarę leku miały mieć skutek już to łagodzący, już to ściągający lub chłodzący albo rozgrzewający. Płyn używany wprowadzano do macicy za pomocą szczególnie do tego celu zastosowanego narzędzia, wstrzykiwania pochwowe były tuszami zstępującemi. Twierdzą niektórzy, że starożytni nie znali tuszów i że słowo to jest nowém, a nie postępowanie. Słowo to pochodzić się zdaje od włoskiego „doccia" *(douches)*, co znaczyło: kanał, lecz wyrazu tego nie napotykamy przed 14ém stuleciem. Celsus opisuje jednak tusze z spadającego strumienia wody. (Paweł z Eginy o leczeniu krwotoków).

3. Wielkie skutki lecznicze przypisywali starożytni środkom aromatycznym, które stosowano w formie nakadzań macicy przez wziernik dziurkowany. Hipokrates zaleca nakadzania aromatyczne szczególnie w zatrzymaniu czyszczeń miesięcznych i twierdzi, że byłyby dobremi także w innych chorobach, gdyby nie to, że sprawiają ociężałość i ból głowy, zwłaszcza u kobiet delikatnych. Ciekawym jest jego opis użycia nakadzań w celu rozpoznania płodności kobiety. Kobietę owiniętą dobrze aż po szyję w prześcieradła nakadzano pod niemi z pod spodu, a jeżeli zapach doszedł „przez ciało" do nosa i ust, miano ją za niepłodną. Galen przytacza Platona jako polecającego w swych dziełach to postępowanie. Nakadzania używano w ciężkich porodach, upławach itp.

4. Nadzwyczaj zajmującemi a często bardzo trafnemi są opisy objawów macinnictwa, jakolwiek ich tłumaczenie wydaje się dziś niedorzeczném. Lecz czy dzisiejsze zapatrywania w tym kierunku są doskonałe? czy za jakiś przeciąg czasu naszym następcom nie będą się wydawać śmiesznemi? Platon mówi, że macica będąc zwierzęciem chętném do rozrodu, przez dłuższy czas niezapłodniona staje się złą i chodząc po ciele zamyka przejścia i drogi oddechowe i sprawia w ten sposób wielki niepokój i rozmaite choroby.

Podobne wyobrażenie panowało od czasów Arystotelesa aż do Actuariusa i później. W związku z tém zapatrywaniem na przyczynę hysteryi stoi także ciekawe wyobrażenie o zachowaniu się macicy narażonéj na działanie silnych przyjemnych lub wstrętnych woni. Areteusz mówi o tém w ten sposób: „W środku brzucha kobiety leży macica, żeńskie *viscus*, podobna bardzo do zwierzęcia, gdyż sama się porusza w tym lub owym kierunku, na boki, do góry po pod *cartilago thoracis*, skośnie na prawo i lewo, więc ku wątrobie i śledzionie, lub spada na dół. Jedném słowem jest błądząca. Lubuje się także w przyjemnych zapachach i przybliża się do takowych, a ma odrazę do woni smrodliwych i ucieka od nich. W ogóle macica jest jakby zwierzę w zwierzęciu". Odpowiednio do tego zapatrywania stosowano leczenie schlebiając macicy i wabiąc ją miłemi zapachy, to strasząc ją i odpędzając przykrą wonią. Hipokrates w tym kierunku następujące daje wskazówki:

„Gdy macica porusza się w kierunku ku głowie, złe „skutki dają się czuć w téj części ciała, t. j. ciężkość głowy i ospałość, ból pod oczyma i w nosie, ślina nader obfita pieni się. Leczenie zasadza się na zmywaniu głowy „zimną i gorącą wodą, nakadzaniu macicy i wdychaniu przykrych woni. Gdy macica porusza się ku podżebrzu, objawiają się wymioty przykréj, ostréj, palącéj masy, co sprawia chwilową ulgę a ból w głowie i karku. Aby to usunąć, zaleca się wilgotne wonne nakadzania. Gdy macica opuszcza się na dół, trzeba nakadzać pochwę przykremi dla macicy woniami i tym sposobem spędzić ją na „właściwe miejsce. Po ustaniu bólu należy podawać leki „czyszczące, chyba że śledziona nie jest w porządku lub „chora jest niedokrewną. Srodki wymiotne są przeciwwskazane, gdyż sprawiają zmącenie zmysłu wzrokowego i głosu. „Gdy macica porusza się ku wątrobie, kobieta natychmiast „traci władzę mówienia, zęby ma ściśnięte, a skóra przybiera barwę żółtawą. Stare panny często podpadają téj chorobie, jak niemniéj te kobiety, które długo były wdowami, „również kobiety niepłodne, a nawet te, które już rodziły, „a późniéj stały się niepłodnemi, bo są pozbawione czyszczeń „połogowych i macica nie podlegając zmianom objętości, „traci swą sprężystość. Aby to usunąć, należy macicę lekko „ręką od wątroby odsunąć i utrzymywać ją w nowém położeniu za pomocą opaski. Podczas gdy należy przytém „ujście maciczne rozszerzać i robić wstrzykiwania winem aromatyczném, trzeba równocześnie wdychiwać przykre wonie a późniéj pochwę nakadzać miłemi zapachy. Jeżeli „chora jest wdową, to byłoby korzystném, aby zaszła w ciążę, jeżeli jest panną należy zalecić zamążpójście. Jeżeli macica porusza się na dół, opuszczając swe miejsce w brzuchu, to wtedy rusza się w tę lub ową stronę, uciska pęcherz sprawiając częste oddawanie moczu, pochyla się na „dół sprawiając parcie, a czyszczenia miesięczne pojawiają „się rzadziéj lub częściéj niż w stanie prawidłowym. Gdy „macica porusza się na bok, pojawia się kaszel i kłucie „w boku, a macicę można wymacać jako twardą kulę oddziaływającą na ucisk nader boleśnie. Kobieta w tym stanie nigdy nie zachodzi w ciążę. Gdy macica porusza się „ku nerkom, oddychanie staje się utrudnioném i powstają „napady duszności. Gdy znów powraca ku środkowi, nogi „doznają wstrząśnienia, kurczów, chora boleści, następuje „zatwardzenie a z pęcherza razem z moczem odchodzą wiatry. W takim razie należy wlewać ciepłą oliwę przez rurkę „do macicy".

Paweł z Eginy podaje bardzo dokładny i staranny opis hysteryi i wspomina o różnych sposobach leczenia. Mówi on, że choroba polega na podnoszeniu się macicy oddziaływającéj współczulnie z tętnicami szyjnemi, sercem i błonami mózgowemi. Między innemi objawami wylicza on: ociężałość głowy, wiotkość mięśni, bladość oblicza, a gdy przychodzą napady duszność, nieprzytomność, głęboki sen, utratę zmysłów i mowy ze skurczem mięśniowym w odnogach, zaczerwienienie policzków aż do sinego ich zabarwienia. Gdy napad przejdzie, macica stopniowo się zwalnia, a chora odzyskuje przytomność. Choroba, jak opisuje, występuje peryjodycznie podobnie jak epilepsyja, od któréj ją odróżnia i ma powstawać w skutek wypełnienia macicy krwią, lub w skutek rozkładu nasienia lub innéj materyi wewnątrz macicy. Większa część takich chorych powraca do zdrowia, lecz niektóre, jak mówi, umierają nagle wśród napadu. Podczas napadu uważa za dobre podwiązywać odnogi i całe ciało nacierać, stawiać bańki i zadawać środki wiatropędne i wzbudzać kichanie i wymioty; za pomocą lawatyw wreszcie wypróżnić kiszki, aby macicy zrobić miejsce. Po napadzie uważa za potrzebne leczenie ogólne polegające głównie na upustach krwi od czasu do czasu, gimnastyce, kąpielach i nacieraniach.

Galen nie uważa dyslokacyi macicy za przyczynę hysteryi, lecz zatrzymuje leczenie oparte na téj teoryi, podczas gdy Soranus i teoryję i wynikające z niéj leczenie porzuca. Aleksander Aphrodisiensis wyraża zapatrywanie, że ciała woniejące używane przez niektórych w celu przywrócenia macicy na swe właściwe miejsce, posiadając delikatne i ciepłe własności, rozpraszają humory, o których sądził, że są przyczyną choroby; podczas gdy istoty smrodliwe są, jak sądzi, złożone z części grubych, które sprawiają zatwardzenie macicy i nie pozwalają jéj się wznosić. Celsus pisze: Hysteryja przytłumia czasem świadomość i sprawia, że osoba jakaś upada tak jak przy epilepsyi, od któréj jednak tém się różni, że nie ma tu ani przewracania oczyma, ani piany idącéj z ust, ani konwulsyj, lecz tylko głęboka nieprzytomność. U niektórych kobiet często powraca i zostaje na całe życie. Jeżeli pacyjentka jest dość silną, zaleca upust krwi, w razie przeciwnym użycie baniek. Podczas dłużéj trwającéj nieprzytomności poleca przybliżenie do nosa przykréj woni, jak niemniéj zimne natryski; również kadzenie pochwy siarką, a w razie zbyt obfitego miesiączkowania stosowanie baniek na części rodne zewnętrzne. Areteusz przewyższa wszystkich innych autorów w opisie téj choroby, lecz sposób jego leczenia nie wiele się różni od sposobu Galena, Hipokratesa lub Celsa. Wspomina on o chorobie podobnéj do hysteryi lecz nagabującéj mężczyzn — czyżby on już był myślał o *hysteria virilis*?

Aëtius także dokładnie tę chorobę określa, sądzi on, że pochodzi z przeziębienia, a nie jest skutkiem zapalenia, jak to twierdzi Soranus. Moschion gani terapiję zapachów. Leo obserwuje napady hysteryczne u mężczyzn. Oribasius, Nonnus, Octavius, Actuarius, Eros i inni celniejsi autorowie arabscy piszą o macinnictwie w sposób podobny do poprzedników. Rhazes uważa wznoszenie się macicy za pozorne a nie faktyczne. (C. d. n.)

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 24—30 czerwca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 24,1. Z płonicy umarło 0 (2 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.); z róży 1 (2 z. t.); z karbunkułu 1 (0 z. t.). Donie-

siono w tymże czasie: o 3ch przypadkach płonicy, 1 krztuśca, 1 czerwonki, 1 duru brzusznego. W tygodniu od 17—23 czerwca umarło w Londynie z ospy 2, leczyło się w szpitalach 76, świeżo zapadło 18. W Madrasie umarło (od 7—13 kwietnia) 28, w Bombaju (od 22—29 maja) 9, w Nowym Orleanie 40, w Paryżu 14, w Pradze 9, w Brukseli 5, w Murcyi i St. Louis 4, w Walencyi 3, w Amsterdamie i Warszawie po 2. Z duru osutkowego umarło w Warszawie 3, Maladze 2, w Londynie, Murcyi i Baltimore po 1. W Nowym Orleanie umarło od 27 maja do 2 czerwca 1 z cholery. Rada zdrowia w Egipcie zniosła 13 czerwca kwarantanę dla okrętów przybywających z Bombaju, jaką zaprowadzono 14 z. m.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 17—23 czerwca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 28,6; w Warszawie 34,7: w Poznaniu 39,7: w Wiedniu 26,3; w Pradze 39,0; w Berlinie 39,5; w Wrocławiu 32,2; w Mnichowie 34.0; w Gdańsku 22,3: w Dreźnie 25,8; w Lipsku 22,7; w Bazylei 22,4; w Brukseli 25,9; w Amsterdamie 22,4; w Paryżu 24,9; w Londynie 17,6; w Kopenhadze 24,2; w Stokholmie 25.2; w Chrystyjanii 13,2; w Odesie 42.6; w Rzymie 28,7; w Wenecyi 23.5; w Bukareszcie 24,5; w Lizbonie 29,7; w Aleksandryi 40.2: w Nowym Jorku 27,3; w Filadelfii 20,9; w Bombayu 27,9; w Madrasie 28,2. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 12 lipca. Przed kilku dniami odbyło się w Magistracie pod przewodnictwem Prezydenta miasta posiedzenie, którego zadaniem było obmyśleć środki. któreby czystość jak największą w mieście zaprowadzały oraz poprawiły usterki sanitarne. Na posiedzeniu tém fizyk miasta Dr. Buszek przedstawił szereg wniosków, które przyjęto i wykonać uchwalono. Środki te mają zapobiedz cholerze lub przynajmniej łagodzić jéj srogość, gdyby zaraza i do nas zawitała. Nie wątpimy, że możnaby cel ten osiągnąć, gdyby organa wykonawcze energicznie zabrały się do przeprowadzenia uchwały i gdyby znalazły należyte poparcie u mieszkańców. Ile razy wróg staje przed bramami naszemi, przyznać musimy, żeśmy czasu pokoju nie wyzyskali należycie; dziesięć lat upłynęło odkąd cholera po raz ostatni dała się we znaki miastu naszemu, a sprawa wodociągów i lepszéj kanalizacyi ani na krok nie posunęła się naprzód. Obyśmy ciężko nie pokutowali za grzeszne zaniedbanie swoje!

(S) Do jakich sposobów uciekają się przeciwnicy wiwisekcyj, przekonywa następujący przypadek, który zdarzył się w sali wykładowéj Brown-Sequarda w Paryżu. Pewna dama (gdyż w Paryżu ma publiczność wstęp na niektóre wykłady) uderzyła B. S. parasolką w rękę, gdy ten zamierzał wykonać pewną operacyję na małpie. Nawet po raz drugi chciała to samo uczynić oświadczając, że służy jéj prawo przeszkodzenia wszelkiemu okrucieństwu, któregoby mogło doznać zwierzę. Urzędnik policyjny uwolnił dopiero znakomitego fizyjologa od téj słuchaczki. Podczas następnego wykładu Brown-Séquarda sala była przepełnioną a profesor mówił o potrzebie i korzyści wiwisekcyj dla nauki wśród objawów gorącéj sympatyi ze strony słuchaczów. Trudno zaiste pojąć, jaka korzyść może wyniknąć z tego, że publiczność nie rozumiejąc wcale przedmiotu bierze udział w takich doświadczeniach, które winny się odbywać wśród grona słuchaczów obeznanych dokładnie z przedmiotem.

* Według nadesłanych nam wykazów w Krynicy do d. 30 czerwca było gości 901, w Cieplicach czeskich do 5 lipca 4575, w Luhaczowicach 587, w Giesshüblu 102.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** Jak wiadomo, prof. Arlt ustępuje z katedry z końcem bieżącego półrocza; otóż słuchacze, chcąc uczcić zasłużonego profesora, wręczyli mu d. 6 bm. w sali wykładowéj uroczyście przyozdobionéj adres z podziękowaniem za blisko 40-letnie zasługi w zawodzie nauczycielskim. W uroczystości oprócz 200 uczniów wzięli udział wszyscy prawie profesorowie i liczni lekarze. W odpowiedzi na przemowę jednego z uczniów prof. Arlt przypomniał, że sześciu byłych jego asystentów zajmuje katedry uniwersyteckie, a mianowicie: Businelli w Rzymie, Rydel w Krakowie, Becker w Heidelbergu, Schulek w Budapeszcie, Sattler w Erlandze, Fuchs w Leodyjum, nadto obowiązki prymaryjuszów pełnią Brettauer w Tryjeście i Kerschbaumer w Salzburgu. Liczbę uczniów swoich podał na 5000.— Rektorem uniwersytetu na rok przyszły wybrany został jednomyślnie prof. histologii Karol Wedl. — Prof. Nothnagel otrzymał krzyż oficerski orderu korony włoskiéj.

* **Wiadomości osobowe.** Stopień doktorów w. n. lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Andrzéj Gońka z Brzeźnicy, Tadeusz Piasecki z Bakau w Rumunii, Kazimierz Podlewski z Nerczyńska w Syberyi, Józef Roth z Rytwian w Król. Polskiém i Bronisław Warzycki z Szczakowy.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lek.* Nr. 27: Orłowskiego: Ośmnaście dni trwające wstrzymanie wydzielania moczu; Korniłowicza: Przypadek *Paralyseos agitantis;* Biegańskiego: Przypadek *hemiathetoseos post monoplegiam;* — W *Medycynie* Nr. 27: Talki: Z praktyki oftalmicznéj (dok.).

Redakcyja otrzymała:

Rocznik Tow. lek. krak. Rok 1882. Kraków 1883, in 8vo str. 60 i 14. (Rocznik ten w skutek uchwały Tow. lek. krak. ułożony został systematycznie przez docenta Dra K. Grabowskiego, i opatrzony rejestrami bardzo dokładnemi. Wydawca zasłużył się dobrze piśmiennictwu naszemu lekarskiemu, a ponieważ w skromności swéj nie uznał za potrzebne umieścić nazwiska swego na tomiku wcale pokaźnie się przedstawiającym, uważamy sobie za miły obowiązek zwrócić uwagę na udatną jego pracę).

A GULAK-ARTEMOWSKI (w Kijowie): K etiologii dyfteryta, Medyko-etnograficeski oczerk. Kijów 1883 in 8vo str. 48.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

NADESŁANE.

Niniejszém oświadczam, iż obwinienie przeciw p. Drowi Kronenbergowi, c. k. asystentowi sanitarnemu, jakoby odemnie pochodzić mające, polegające jedynie na mylnych pogłoskach, za bezpodstawne uważam, a tém samém i za ujmę czci, jaką przez to Dr. Kronenberg ponieść mógł, niniejszém zadosyćuczynienie mu czynię.

Limanowa d. 4 Czerwca 1883. *Dr. Kruk.*

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 21 lipca 1883. № 29. Rok XXII.

I. Wrodzony brak worka sercowego przy prawidłowém położeniu serca.

(Według wykładu w Tow. lek. gal. we Lwowie 2 czerwca 1883).

Opisał Dr. **W. Pisek**,
b. asystent katedry anatomii patolog. Uniw. Jagiell., obecnie lekarz szpitala powszechnego lwowskiego.

Ac si ossibus cinctum, musculis obvallatum et membranis firmatum, sat tutum non fuisset, proprium praeterea involucrum membraneum, quod totum ambiret cor, pericardium dictum, specialiter condidit (*sc. naturae providentia*). (*Sebast. Christiani à Zeidlern Somatomia antropologica etc. Cap. XII, p. 54.*) Te słowa czytamy w starym podręczniku głośnego przed dwustu lat anatoma, a mimowoli zazdrościmy naszym praojcom tego szczęśliwego usposobienia upatrującego z łatwością w każdym narządzie jego cel i przeznaczenie i tłumaczącego wszystko jako istniejące dla wygody i ku przyjemności ludzkiéj. Coby też Zeidlern był powiedział, gdyby był raz przy sekcyi natrafił brak osierdzia, które dla niego tak ważne ma znaczenie, albowiem: *„usus illius est, ut sit cordis domicilium, quo contentum cor a duriorum partium illisione reddatur securum;“* a daléj *„ne cor nisi hoc humectaretur, alioquin nimio exsiccatum calore interriginem a pericardio patiatur!“*

Dziś nauka wyzwoliła się z tych teleologicznych więzów, chętniéj przyznajemy się do nieświadomości nie chcąc naciągać faktów do wymarzonych teoryj. Tak się rzecz ma i z niniejszym przypadkiem, gdzie zupełnie niespodzianie przy sekcyi odkryłem brak worka sercowego. Na końcu niniejszego opisu podajemy odnośną literaturę z pominięciem tych przypadków, gdzie istniał tylko ubyt pewnéj nieznacznéj części worka sercowego, przypadków wydarzających się nierównie liczniéj. Również pomijamy przypadki *Ectopiae cordis* lub spowinowaconych zniekształtnień, którym zazwyczaj towarzyszy brak worka sercowego, co znów wyjątkowo tylko przytrafia się, gdy położenie serca jest prawidłowém. Takich przypadków jest dziesięć.

Teraz zaś niech nam wolno będzie w porządku chronologicznym, w jak największém streszczeniu, przedstawić poczet dziesięciu dotychczas znanych i opisanych przypadków. 1) Pierwszy przypadek braku worka sercowego spostrzeżony już został w zeszłém stuleciu. Baillie w r. 1778, chcąc demonstrować swym uczniom położenie trzew klatki piersiowéj, dostrzegł ku swemu wielkiemu zdziwieniu, że serce było zupełnie „nagiém.“ Przyrząd zastawkowy był zupełnie prawidłowym. Koniec serca dotykał ósmego żebra, prawdopodobnie skutkiem wydłużenia się głównych pni naczyniowych. Nigdzie ani śladu worka sercowego.

2) Walter 1805 r. podaje w spisie wyrobów zbioru berlińskiego opis braku worka serca u mężczyzny trzydziestoletniego.

3) Otto 1824 r., opisał przypadek, gdzie tylko szczątki worka sercowego istniały w postaci kieszonki w sąsiedztwie głównych pni naczyniowych.

4) Breschet 1826 r., widział w miejscu worka sercowego tylko resztki w postaci łyżkowatego fałdu okalającego w części serce. Nadto znajdował się włóknisty postronek obejmujący od dołu łuk aorty.

5) Wolf 1827 r., spostrzegł u 42-letniéj kobiety ciężarnéj zmarłéj skutkiem duru plamistego, zupełny brak worka sercowego. Mięsień sercowy był znacznie tłuszczowo zwyrodniały, to też za życia doznawała chora pewnych przypadów sercowych (uczucia ściskania w piersiach i bicia serca itd.).

6) Curling 1839 r., opisuje kieszonkę z tkanki łącznéj obejmującą prawy przedsionek, podczas gdy worka sercowego wcale nie było. Chory, który skutkiem postępującego porażenia umarł z asfiksyi, nie doznawał za życia żadnych przypadłości, jakkolwiek istniał wiotki zrost płatu dolnego lewego płuca z sercem. Nadto okazywały przedsionki mleczno-białe plamy ścięgniste.

7) Baly 1851 r., spostrzegł u chorego (32-letniego

więźnia), zmarłego skutkiem gruźlicy płuc i otrzewny, resztki worka sercowego w postaci fałdu tuż obok pni naczyniowych położonego, a w sąsiedztwie kilka drobnych w części z tłuszczu złożonych wybujałości guzkowych. Nadto nieznaczne ślady świeżéj *Pleuropericarditis.*

8) Weissbach 1868 r., widział u żołnierza dwudziestoletniego, który zmarł skutkiem ropnego wysięku opłucnowego (lewego), znacznych rozmiarów ubytek worka sercowego. Tylko prawa połowa serca i tętnica płucna były pokryte workiem sercowym. Własności anatomiczne brzegu tegoż fałdu osierdziowego wykluczały stanowczo sprawę zapalną a kazały uważać ubytek ten za wrodzony. Serce w tym przypadku okazywało koniec dwudzielny, zresztą było niezmienione.

9) Lawson Tait 1869 r., podał opis niezwykłego przypadku tego zboczenia. U kobiety liczącéj lat 29, a zmarłéj wśród objawów zwężenia lewego ujścia żylnego, była cała przednia ściana serca pokryta dość znaczną ilością tkanki łącznéj spajającéj zatém *epicardium* z tylną ścianą mostka. Chcąc tkankę tę naciąć nadciął mięsień sercowy. Do serca przylegała lewa opłucna, w części osłaniając brzeg lewy i naczynia główne podstawy serca. Opłucna prawa pokrywała tylko uszko prawe. W tym przypadku istniał zatém najzupełniejszy brak worka sercowego, a serce znachodziło się między jedną a drugą blaszką opłucnową, a więc wśród utkania śródpiersia przedniego. Przypadek ten jest jedynym w literaturze.

10) Faber 18.4 r., opisuje w sposób następujący swój przypadek: „Po otwarciu klatki piersiowéj przedstawia się zadziwiający widok.“ Serce leży zupełnie niepokryte i sterczy w szeroko rozwartą jamę „*Cavum pleuro-pericardiale*“ wspólną dla płuca lewego uciśniętego i dla serca. — W tym przypadku istniał równocześnie ropny wysięk opłucnowy lewy i włóknikowe zapalenie osierdzia *ex continuo.* Z worka osierdziowego istniały tylko strzępki niekształtne w sąsiedztwie podstawy serca, do 5 cm. długie. Budowa ich drobnowidowa odpowiada budowie zdwojeń błon surowiczych. Innych zmian serce nie wykazywało. Nie mniéj cechującym był przebieg nerwu przeponowego lewego, o czém poniżéj.

11) Jedynasty przypadek jest ten, którego opis obecnie podaję. Dotyczy on młodego mężczyzny, który po krótkim pobycie szpitalnym zmarł skutkiem płonicy. Objawów jakichkolwiek, któreby kazały domyślać się zboczenia w sercu, nie było, jak mi łaskaw był donieść prym. Dr. Widman, który chorego w swym oddziale za życia obserwował.

Zmiany w narządach wewnętrznych, tj. w wątrobie, nerkach i śledzionie, napotykane były następstwem przebytéj choroby ostréj zakaźnéj, jedynéj przyczyny śmierci. Otworzywszy klatkę piersiową spostrzegamy już na pierwszy rzut oka serce, prawie całkowicie obnażone, brunatno-czerwonawe, zwisające na pniach naczyń głównych zwrócone nieco ku stronie lewéj w nieznacznéj części przykryte odcinkiem płuca lewego. Płuco to w swych dolnych do serca przylegających częściach okazuje talerzykowate zagłębienie, w którém spoczywa część komórki lewéj serca. Płuco zatém lewe leży wraz z sercem w jednéj i téjże saméj jamie. Odchyliwszy nieco płuco to dostrzegamy, że opłucna przechodzi bezpośrednio z wnęki na lewy przedsionek i na lewą komórkę serca, stanowiąc tu blaszkę trzewową osierdzia *(Epicardium).*

Płuco lewe w całości rozmiarów prawidłowych, w ogólności małe. Nieliczne zrosty włókniste dawniejsze łączą je z opłucną żebrową. Opłucna płatu górnego i dolnego na swéj powierzchni zasiane nielicznemi drobnemi wynaczynionkami ciemno-czerwonemi. Opłucna w tém miejscu, gdzie płuco tworzy owo talerzykowate zagłębienie dla przedsionka lewego i części komórki lewéj okazuje jednostajne nieregularne mleczno-białe zgrubienie, które na pograniczu większych zrazików jest nieco znaczniejsze, przedstawiając się nawet gdzieniegdzie w postaci smug białych. Miejscami zaś prześwieca dokładnie miąższ płucny. Na przekroju płuco w przeważnéj części ciemno-czerwone, surowiczo obrzękłe, powietrze zawierające. Części zaś dolne przybrzeżne ku sercu zwrócone i doń przylegające są ciemno-czerwone, łykowate, znacznie mniéj powietrza zawierające, miejscami nawet zupełnie „niedodmowe“ *(atelectasis).* Błona śluzowa oskrzeli okazuje miernego stopnia nieżyt.

Płuco prawe znacznie większe od płuca lewego, poprzyrastane liczniejszemi pasmami włóknistemi do ścian klatki piersiowéj, tak w częściach górnych i przybrzeżnych jakotéż i w dolnych. Opłucna okazuje również nieliczne ciemno-czerwone kropkowate wynaczynionki. Na przekroju miąższ wszędzie powietrze zawierający w znacznym stopniu surowiczo obrzękły.

Opłucna płuca prawego w okolicy wnęki również miejscami zgrubiała przechodzi w linii środkowéj na resztki worka sercowego, niżéj opisane, tworząc dokładnie od tychże resztek rozróżnić się dającą błonę mleczno białą, jednostajną, gdzieniegdzie tylko zgrubiałą do tylnéj ściany mostka przyczepioną, odpowiadającą tedy blaszce śródsierdziowéj i odgraniczającéj więc jamę opłucną prawą od jamy opłucno-osierdziowéj (*cavum pleuropericardiale sc. sinistrum*). Wzmiankowana blaszka śródsierdziowa tylko w sąsiedztwie przedsionka prawego przylega ściśle do owych „resztek worka osierdziowego,“ gdyż na wysokości już mniéj więcéj połowy ściany prawéj komórki owe „resztki worka sercowego“ tworzą wybitny fałd sterczący ku wewnątrz; podczas gdy blaszka śródpiersiowa przechodzi w prostym niezmienionym kierunku ku dołowi względnie i przodowi, do przepony i do mostka. (Dok. n.)

II. Z Zakładu sądowolekarskiego prof. Blumenstoka w Krakowie.

Kazuistyka sądowo- i policyjnolekarska.

V.

Morderstwo w kasie oszczędności.

Podał Prof. Dr. Blumenstok.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 28).

Orzeczenie nasze opiewało jak następuje:

a) Antoni Słowik, około lat 60 liczący, przebył przed laty zapalenie opłucny, po którem znaleziono obfite ślady w lewéj jamie opłucnowéj, płuco lewe było nieco uciśnięte, prawe nieco rozdęte przy brzegach, mięsień sercowy nieco kruchszy; nie cieszył się więc Słowik pod koniec życia zdrowiem przykładném, ale zmiany w mowie będące do śmierci jego nagłéj wcale się nie przyczyniły. Jako jedyną przyczynę śmierci uważać należy ujście krwi, któréj nader obfite ślady znaleziono zewnątrz ciała jakoteż i w prawéj jamie opłucnowéj. Przyczyną tego krwotoku było przecięcie żyły szyjnéj lewéj, oraz nacięcie tchawicy. Rany te zdziałane zostały narzędziem ostrém śpiczastém, które wtargnęło od lewéj strony szyi w kierunku od góry i lewéj w prawo i ku

dołowi. Rana więc była kłótą a z powodów wyżéj wspomnionych śmiertelną i śmierć w bardzo krótkim czasie prawie natychmiast pociągnąć za sobą musiała, tak że pomoc lekarska, gdyby nawet była blizką, byłaby daremną.

Szabelka znaleziona na miejscu czynu była narzędziem zupełnie odpowiadającém do wywołania ciosu śmiertelnego, albowiem długość rany na szyi Słowika odpowiada szerokości szabli w téj wysokości, do jakiéj wkłótą została, brzegi ostre rany zaś i postać jéj wrzecionowata licują zupełnie z faktem, że szabelka jest obosieczną i świeżo była wyostrzoną, wreszcie na narzędziu tém znaleziono ślady krwi. Okoliczność, że te ślady były bardzo nieznaczne niczego nie dowodzi, albowiem narzędzie po użyciu mogło być obtartém.

b) Antoni Słowik, w chwili otrzymania śmiertelnego ciosu z największém podobieństwem do prawdy siedział na tapczanie i to w dolnym końcu onego bliżéj pieca; tam bowiem znaleziono na sienniku krew jeszcze wilgotną obfitą, a następnie smugi krwi lśniącéj jeszcze spostrzeżono idące od tapczana ku podłodze, gdzie łączyły się w formalną kałużę; widoczna więc była, że krew zlewała się z tapczanu na podłogę a ponieważ następnie ciało było mocno zawinięte w kożuch więc ztąd dozwolony wniosek, że krwotok nastąpił wtedy, gdy Słowik albo siedział albo leżał na tapczanie; gdyby cios śmiertelny zadany został Słowikowi w inném miejscu izby, wtedy obfitość krwi na sienniku i na podłodze tuż przy tapczanie nie dałaby się wytłumaczyć. Z tego samego powodu przypuścić należy koniecznie, że obwinięcie głowy i górnéj części ciała starym kożuchem nastąpiło już po śmierci a prawdopodobniéj podczas konania, bezwarunkowo zaś po zadaniu ciosu, albowiem w przeciwnym razie nie byłoby owéj kałuży krwi na sienniku i na podłodze. Na ciele Słowika oprócz rany szyjnéj nie znaleziono żadnego innego śladu obrażenia, co już samo przez się przemawia za tém, że Słowik nie bronił się; obrona zresztą w obec ciosu śmiertelnego i zemdlenia, które nastąpić musiało szybko z powodu krwotoku, była niemożebną.

c) Po otrzymaniu ciosu śmiertelnego Słowik mógł co najwięcéj potoczyć się i upaść, ale żadną miarą nie mógł ułożyć się na podłodze tak jak go znaleziono; górna bowiem połowa ciała jego była tak mocno obwiniętą w kożuch, że potrzeba było i czasu i pewnéj siły, aby ciało odsłonić; z czego wynika, że Słowik nie mógł upaść i tak się ułożyć, lecz że konającego lub już nieżywego osoba druga w ten sposób ułożyć musiała. Prawdą jest, że dwie osoby nierównie łatwiéj i prędzéj Słowika w ten sposób ułożyć mogły aniżeli jedna, ale też nie można wykluczyć możności, że to uczyniła osoba jedna.

d) Nie ulega żadnéj wątpliwości, że właściwy cios śmiertelny zadał Słowikowi tylko jeden człowiek; jedno tylko było pchnięcie, zadane jedném narzędziem a więc tylko jedną ręką. Również nie ulega wątpliwości, że z obwinionych tak Aleksander W. jako i Roman Cz. każdy z nich był zdolny cios ten zadać, a co najwięcéj moglibyśmy oddać pierwszeństwo pod tym względem Aleksandrowi W. z powodu, że on jest o 6 cm. wyższym od Słowika, podczas gdy Roman Cz. jest o 7 cm. niższym od Słowika. Gdybyśmy przypuścili, że Słowik otrzymał cios wtedy, kiedy stał, musielibyśmy stanowczo oświadczyć się za Aleksandrem W. jako sprawcą, ponieważ w téj pozycyi Roman Cz. jako niższy nie mógłby żadną miarą za pomocą szabli, mającéj $48\frac{1}{2}$ cm. długości, a choćby tylko 39 cm. bez rękojeści, za którą przecież sprawca narzędzie trzymać musiał, zadać Słowikowi wyższemu od siebie ranę w szyję i to idącą od góry ku dołowi. Rzecz się zmienia, jeżeli, jak przypuszczamy, Słowik w chwili otrzymania ciosu siedział na tapczanie; wtedy bowiem długość ciała jego od stóp aż do szyi według obliczania w przybliżeniu wynosić mogła około 155 cm. a wtedy Roman Cz. już był wyższym od siedzącego Słowika i był w stanie za pomocą szabli mającéj 40 cm. zadać mu cios w szyję. Jeżeli jednak sam wzrost obwinionych nie rozstrzyga stanowczo kwestyi, który z nich zadał cios śmiertelny Słowikowi, a jaki udział miał drugi z nich, to zbliżymy się ku rozwiązaniu tego pytania na podstawie kombinacyi sądowo-lekarskiéj, uwzględniając głównie dwie ważne okoliczności, a mianowicie:

α) Fakt, że na Słowiku znaleziono tylko ranę jedyną, i β) że Roman Cz. był raniony.

Co do α) Już na pierwszy rzut oka uderzyła niezwykła ta okoliczność, że na człowieku, na którym widocznie dopuszczono się morderstwa, znaleziono tylko jedną ranę. Jakkolwiek rana ta była śmiertelną i zupełnie dostateczną do wywołania szybkiéj śmierci, to przecież sprawca nie mógł żadną miarą wiedzieć, że ten cios absolutnie wystarczy do zabicia człowieka, o którego szybkie i pewne zgładzenie przecież mu się rozchodzić musiało. A przypuściwszy nawet, że cios zadał Słowikowi człowiek wprawny, jak to z góry przypuszczaliśmy, to przecież i człowiek najwprawniejszy w tego rodzaju rękoczynach, nie mógłby z góry, zwłaszcza w ciemności, być tak pewnym ręki swojéj, aby zaniechać dalszych ciosów, nawet w razie, gdyby spostrzegł, że Słowik po otrzymaniu ciosu, potoczył się, gdyby nawet spostrzegł buchającą z rany krew i zemdlenie ranionego; wszakże krwotok i zemdlenie ranionego jeszcze nie mogły go przekonać, że ofiara jego po tym jednym ciosie umrzeć musi. Nadto sprzeciwia się to wręcz doświadczeniu sądowolekarskiemu, a zapewne i kryminalnemu, aby morderca dzierżący w ręku swém narzędzie mordercze, a nie doznając znikąd przeszkody, poprzestał na jedném pchnięciu; przeciwnie bowiem widzimy, że mordercy zbyt szczodrze szafują narzędziami i ranią swoje ofiary więcéj, aniżeli do wywołania śmierci potrzeba. Pytanie więc, dlaczego morderca w tym przypadku poprzestał na jedném pchnięciu, musiałoby pozostać nieodgadnionem zupełnie, gdyby nie przyszła nam w pomoc inna okoliczność, do rozważenia któréj właśnie przystępujemy.

ad β) Z dwóch obwinionych Aleksander W. nie przedstawiał żadnego śladu obrażenia, podczas gdy na Romanie Cz. znaleziono dwie rany, a mianowicie jednę na 3 palce poniżéj lewéj brodawki sutkowéj a drugą na udzie lewém z przodu mniéj więcéj w górnéj połowie onego. Co do tych ran Cz. zrazu podał, że mu je zadał przyjaciel w Tarnowie; późniéj jednak sprawdzono, a zresztą i on sam przyznał, że je poniósł na miejscu w pomieszkaniu Słowika, oraz że mu je zadał przypadkiem W. za pomocą jakiegoś noża. Nie mamy powodu ze stanowiska naszego podać w wątpliwość tego zeznania Romana Cz., w każdym razie zdaje się być rzeczą pewną, że Cz. zraniony został w pomieszkaniu Słowika. Ponieważ kierunek ran, oraz okoliczność, że rany nie były zadane na ciele obnażoném, i że wszystkie suknie były przecięte przemawiają przeciw samoobrażeniu się, więc przypuścić koniecznie wypada, że rany te Cz. miał sobie zadane od osoby drugiéj; osobą tą nie mógł być Słowik, albowiem jak wyżéj powiedzieliśmy Słowik nie mógł się bronić i nie bronił się; dlatego też ze stanowiska lekarskiego uważamy

za wiarogodne zeznanie Romana Cz., że obie rany otrzymał od Aleksandra W.

Wprawdzie Cz. podaje, że go W. ranił za pomocą jakiegoś noża, ale sam dodaje, że było ciemno, że więc narzędzia dokładnie nie mógł widzieć. My przeciwnie wyrobiliśmy sobie przekonanie, że obie rany Cz. zadane zostały têm samém narzędziem, za pomocą którego zamordowany został Słowik, tj. szabelką; przemawia za têm nie tylko długość i postać ran Cz., ale nadto i doświadczenia robione umyślnie na trupie, a które wykazały, że tnąc przez suknie, można wywołać szabelką takie same rany na ciele, jakie znaleziono na Cz., i takie same otwory w sukniach.

Jeżeli więc według największego podobieństwa do prawdy Romana Cz. zranił Aleksander W. za pomocą szabelki, to zachodzi pytanie, w jakim celu i z jakiego powodu mógłby to W. uczynić? Pod tym względem tłumaczy Cz. rzecz w ten sposób, że po zadaniu ciosu Słowikowi W. widząc, że Słowik się podnosi, chciał go jeszcze ponownie ugodzić, lecz z powodu ciemności zamiast Słowika ugodził Cz. raz i drugi i zaprzestał dopiero, gdy raniony Cz. zawołał: „daj spokój, to przecież ja.“ To przedstawienie rzeczy atoli nie zasługuje na wiarę. Pomijając bowiem już okoliczność, że Słowik śmiertelnie ugodzony już nie podnosił się, to przypuściwszy atoli, że przecież tak było, to W. ugodziwszy przez omyłkę Cz. byłby następnie ugodził jeszcze Słowika, aby go dobić, a w takim razie znaleźlibyśmy na Słowiku jeszcze drugie choć lekkie zranienie, czego jednak nie było. Wierząc jednak Romanowi Cz., że go zranił Aleksander W., wierząc mu nadto, że go zranił tylko przez omyłkę, możemy jednak z konsekwencyją logiczną przyczynę i powstanie téj omyłki w inny tłumaczyć sobie sposób. Kombinując niezwykły objaw, o którym wyżéj mówiliśmy, tj. że sprawca Słowikowi zadał tylko jedno pchnięcie, z drugim faktem, również absolutnie pewnym, tj. z faktem zranienia Cz., dochodzimy do wniosku, że omyłka powstała ztąd rzeczywiście, że osoba ta, która zadała Słowikowi śmiertelne pchnięcie w szyję, chciała jeszcze dwa razy ugodzić Słowika, lecz zamiast niego ugodziła Romana Cz. Aby zaś taka omyłka na prędce zajść mogła, do tego potrzeba było, aby Cz. znajdował się, nie jak on podaje po za sprawcą, lecz przed nim i to w pozycyi podobnéj, w jakiéj znajdował się Słowik. Rzecz wyjaśni nam się najsnadniéj, jeżeli przypuścimy, że Cz. siedział obok Słowika na tapczanie w chwili, kiedy Słowik otrzymał pchnięcie w szyję, a mianowicie że siedział po ręce jego prawéj obejmując nadto Słowika ręką swoją lewą; wtedy sprawca zadawszy Słowikowi pchnięcie w szyję chciał mu następnie drugie pchnięcie niżéj, lecz po ciemku a prawdopodobniéj dlatego, że Słowik po pchnięciu śmiertelném zatoczył się, trafił już nie jego lecz dwukrotnie Cz.; przemawia za têm jeszcze i ta okoliczność, że obie rany Cz. znajdują się po stronie lewéj ciała, i że suknie, które wówczas miał na sobie, są przeszyte. Jeżeli zważymy że morderca z wielką zajadłością przystępując do czynu krwawego, spieszy się z zadaniem ciosu, to łatwo pojąć, że po pierwszym ciosie, którym ugodził śmiertelnie Słowika, szybko zadał następne dwa ciosy, i że zaniechał dalszych ciosów dopiero wtedy, gdy usłyszał krzyk ugodzonego przez omyłkę Cz.

Tym sposobem przedstawia się zarazem przebieg walki a raczéj napaści oraz udział, jaki przypadał na każdego z obwinionych, a w têm przedstawieniu mieści się zarazem odpowiedź na pytanie *e)* pana Sędziego śledczego, jak zranienia na ciele Cz. znalezione tłumaczyć sobie można. Staraliśmy się odpowiedzieć na pytania wszystkie w miarę możności na jedne stanowczo, gdzie do tego mieliśmy podstawę pewną, na drugie zaś z prawdopodobieństwem, gdzie w braku podstawy pewnéj polegaliśmy na kombinacyi sądowolekarskiéj. Otóż z téj kombinacyi wynika, że sprawcą ciosu śmiertelnego zadanego Słowikowi był W., i że Cz. przez tegoż samego został przez pomyłkę dwukrotnie raniony za pomocą téj saméj szabelki i to przez omyłkę, ponieważ siedział obok Słowika. Zbyteczna powtórzyć, że tego ostatniego przedstawienia rzeczy nie podajemy jako absolutnie pewnego, ale ma ono za sobą bardzo wielkie prawdopodobieństwo, gdyż się opiera na ściśléj operacyi logicznéj.

(Dokończenie nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Z kliniki Bardelebena: **Przypadek śmierci podczas znieczulenia chloroformem.**

W zeszłym miesiącu miano w klinice B. operować chorego, który doznał złamania szyjki kości udowéj. W 3 lub 4 minuty po rozpoczęciu chloroformowania, gdy zużyto zaledwie 10 gramów tego środka, ustało nagle oddechanie i ruchy serca. Natychmiast rozpoczęto wzbudzać sztuczne oddechanie, otworzono tchawicę, a celem podniecenia czynności serca wstrzyknięto strychnin; pomimo tego jednak po $1\frac{1}{2}$ godzinnych usiłowaniach nie zdołano życia przywrócić. Zdawało się, że jest to niewątpliwie przypadek śmierci z chloroformu, chociaż środek ten użyty w tak małéj ilości okazał się zupełnie czystym. Przypuszczono, że chory może oddany dawniéj nadużyciom wyskoku doznał nagle, bez znanéj przyczyny, porażenia serca, ale w obec cierpienia jego, które stanowiło wskazanie do operacyi, domyślał się B. zatoru tłuszczowego, co téż rzeczywiście sekcyja stwierdziła. Naczynia włosowate płuc wypełnione były kuleczkami tłuszczu, tak że krążenie było niemożliwe. Krew nie należycie utleniana niezdolną była do odżywiania mózgu, serca i samego miąższu płucnego, tych trzech do życia niezbędnych narządów, co musiało śmierć natychmiastową sprowadzić. Niejeden przypadek śmierci wśród znieczulenia chloroformem był niezawodnie niesłusznie zaliczanym na karb działania tego środka. *(Allg. Wiener med. Ztg.*, 1883, 27). *Dr. Schaitter*

Bertog: **Przypadek otrucia kwasem karbolowym z zejściem śmiertelném.**

B. został wezwany nagle do mężczyzny, który będąc przedtém zupełnie zdrowym wyszedł do szynku, aby się napić wódki po pracy, tam po chwili użalał się na ból i pieczenie w okolicy żołądka i padł nagle bez przytomności. Badanie wykazało u mężczyzny dobrze zbudowanego sinicę, odnogi chłodne i zupełny brak przytomności obok braku czucia i ruchu. Chory nie oddziaływa na żaden bodziec wewnętrzny, oczy ma zamknięte, źrenice zwężone nie oddziaływają, oddech utrudniony, wargi sine, pokryte krwawą pianą. Badanie klatki piersiowéj wykazuje wszędzie odgłos wypukowy nieco tępszy, i rozległe rzężenia grubo-bańkowe. Uderzenie serca słabe, tony sercowe głuche, tętno zaledwie macalne. Wydech chorego nie ma wcale jakiejś właściwéj woni ani nawet wyskokowéj a otoczenie jego twierdzi stanowczo, że przed udaniem się do szynku był zupełnie zdrowym i zajmował się pracą. Nie zastanawiając się dłużéj nad rozpoznaniem sprawy, z którą się ma do czynienia, uczynił B. zadość wskazaniu życiowemu a chcąc usunąć niebezpie-

czeństwo z obrzęku płuc i rozpoczynającéj się niedomogi serca zastósował energiczny upust krwi, silne bodźce na skórę, nacieranie odnóg i polecił podawać choremu po 0·3 kwasu będźwinowego, gdyby przyszedł do przytomności. Na drugi dzień zrana chory oprzytomniał ku wielkiemu zdziwieniu i skarżąc się jedynie na ból w okolicy żołądka i pieczenie wzdłuż przełyku, opowiedział, że po pracy poczęstował go towarzysz flaszką z wódką, aby się jéj napił, już po wypiciu pewnéj ilości spostrzegł, że pije co innego a przerażony towarzysz przekonał się, że przez pomyłkę podał mu flaszkę z rozczynem kwasu karbolowego, przeznaczonym dla zwierząt chorych na zarazę kopytową. Poszedł tedy do szynku, aby popić wódką, ale tam padł i nie wie, co się z nim działo od téj chwili. Po przyjściu do przytomności doznaje wymiotów co chwila, sinica, utrudnienie oddechania i rzężenia ustąpiły zupełnie, badanie jamy ust wykazuje wybielenie przybłonka a mocz oddaje chory czarny jak atrament. Co chwilę pojawiają się uciążliwe wymioty a ból żołądka trwa ciągle; stan ten utrzymuje się przez 2 dni, wśród których mocz nabiera stopniowo barwy jaśniejszéj. Trzeciego dnia pojawiają się rdzawe plwociny, ciepłota 39°, tętno małe, częste, a z tyłu po prawéj stronie od dolnego kąta łopatki ku dolnéj granicy płuca zupełna tępota odgłosu wypukowego i oddech oskrzelowy z rzężeniami w tém miejscu. Polecono chinin, wino i zimne okłady na prawą połowę kl. piersiowéj. Chory jednak umarł wśród objawów porażenia serca już dnia 5go od czasu trwania zapalenia płuc. Przy sekcyi sądowéj znaleziono oprócz zmian odpowiadających zapaleniu płuc, błonę śluzową ust i języka ołowiano-szarą, gardziel mocno nastrzykany, gdzieniegdzie nadżerki na jego błonie śluzowéj, w żołądku brak utrat istoty ale obfite marmurkowanie licznemi wybroczynami wśród utkania saméj błony śluzowéj. Serce skurczone.

Z opisu tego przypadku wynika, że kwas karbolowy działa w pierwszéj chwili na układ nerwowy porażająco a dopiero gdy następstwa tego porażennego działania nie sprowadzą śmierci, rozwija się szereg przypadów ze strony przewodu pokarmowego. Zaledwie w $^1/_2$ godziny po wypiciu środka zadziałał on nagle na układ nerwowy a chory padł bez przytomności, stan ten trwał przez 12 godzin, poczém wystąpiły bóle i gwałtowne wymioty. To porażenne działanie fenolu podobném jest do działania alkaloidów lub kwasu pruskiego. Na szczególną uwagę zasługuje zmiana barwy moczu; w pierwszym dniu choroby był on całkiem czarny, dnia następnego brunatny i tak wyjaśniał się codzień przybrawszy ostatecznie zabarwienia płomienistego odpowiadającego sprawie zapalnéj dławcowéj płuc. Na czém polega to zabarwienie moczu oliwkowe albo czarne, nie jest dotąd dostatecznie wyjaśnioném; niedocieczonym jest również związek, jaki zachodzi pomiędzy otruciem a zapaleniem płuca prawego. Autor twierdzi stanowczo, że nie wywołała zapalenia płuca aspiracyja karbolu lub wymiocin, chociaż nie podaje na czém opiera to stanowcze twierdzenie. Że zaś wynik śmiertelny nastał, temu nie dziwi się w obec przewlocznego alkoholizmu denata i niszczenia sił ciągłemi wymiotami. (*Berl, klin. Woch.* 1883, Nr. 27).

W opisie niniejszego przypadku znajdujemy nowy dowód na poparcie naszego twierdzenia, wypowiedzianego w opisie przypadku przez nas obserwowanego (ob. Przegl. Lek. 1883, 18). Mimo, że chory wypił w tym przypadku rozczyn znacznie rozcieńczony, nastała nagle utrata przytomności a ta jedynie zachodzi różnica, że gdy w tym przypadku odzyskał jeszcze przytomność, w naszym stan ten zakończył się śmiercią w bardzo krótkim czasie. Na zapatrywanie autora, że zapalenie płuc nie nastało w skutek aspiracyi wymiocin, nie możemy się zgodzić wiedząc z innych opisów, że wymioty pojawiają się czasem równocześnie z utratą przytomności. B. wspomina, że jego chory był naczczo przed wypiciem trucizny a ta wzmianka przemawia tém silniéj na korzyść naszego zapatrywania, gdyż w żołądku nie było zapewne takiéj ilości płynu, żeby się mogła wydostać na zewnątrz, mogła jednak być dostateczną, ażeby wzniósłszy się w gardzielu wśród kilku ruchów wymiotnych mogła snadnie wtargnąć do dróg oddechowych. *(Przyp. sprawozd.)*

Dr. Schaitter.

Prof. Runeberg (Helsingfors): **Przypadek rozległego zapalenia mięśnia sercowego z nagłém porażeniem serca wkrótce po wstrzyknięciu podskórném morfinu.**

Prof. R. wezwany do 40 letniego oficera rosyjskiego z powodu nader silnego napadu dusznicy bolesnéj (*angina pectoris)*, którą jedynie do tła nerwowego odnieść był w stanie, opierając się na podstawie ujemnego wyniku swego badania, dzień przedtém przedsięwziętego, wstrzyknął choremu podskórnie półtora centigrama morfinu. Po 3 do 4 minutach począł się chory skarżyć na nudności a w minutę późniéj po kilku drgawkach zakończył życie. Oględziny pośmiertne, dnia następnego wykonane, wykazały bardzo znaczne zwyrodnienie miażdżycowe tętnic wieńcowych serca i prawie zupełną niedrożność niektórych ich gałązek. W tylnéj ścianie lewéj komórki znajdowała się blizna 3cm. w średnicy mająca a mięsień sercowy był poprzeplatany luźnemi pasmami tkanki łącznéj. Tętnica główna stosunkowo bardzo nieznacznie miażdżycowo zwyrodniała, inne zaś naczynia zupełnie prawidłowe.

W przypadku tym uderza, (pominąwszy ostatni napad) niestosunek między nieznacznemi objawami chorobowemi a tak znacznem zwyrodnieniem mięśnia sercowego i tętnic wieńcowych. Wprawdzie chory cierpiał przed 4 laty przez kilka tygodni na napady dusznicy bolesnéj, był jednak wolnym od tychże mimo ciężkiéj służby wojskowéj aż do ostatniego tygodnia przed swą śmiercią. Na szczególniejszą jednak uwagę zasługuje nagła śmierć wkrótce po wstrzyknięciu morfinu. Morfin bowiem w ogólności wywiera mały tylko wpływ na narząd krążenia, a mianowicie małe dawki tegoż przyspieszają, zdaniem Gscheidlena, ruchy serca w skutek podrażnienia jego zwoików nerwowych, wielkie zaś dawki zwalniają ruchy serca z powodu podrażnienia nerwów i zwojów tamujących takowe, a bardzo wielkie dawki porażają serce. W obec tego, jak niemniéj i ze względu, że w literaturze nie ma wzmianki o zaburzeniach w czynności serca wynikłych skutkiem wstrzykiwań morfinu, trudno orzec, czy w przypadku opisanym morfin rzeczywiście wywołał porażenie serca. Prawdopodobném jest, że istotnie morfin poraził serce tak bardzo schorzałe, gdyż śmierć nastąpiła w chwili, gdy morfin działać zaczął, t. j. w kilka minut po wstrzyknięciu.

W każdym więc razie przypadek ten nakazuje unikać wstrzykiwań morfinu w zapaleniu mięśnia sercowego z napadami dusznicy bolesnéj tém bardziéj, że tu w ogólności ciągle grozi niebezpieczeństwo porażenia serca. (*Centralblatt f. Nervenheilk. Psych. u. ger. Psych.*, 1883, Nr. 13).

Dr. Prus.

IV. Urywki z dziejów ginekologii.

Napisał Dr. M. Kohn w Krakowie.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 28).

Ambroży Paré podaje zajmujący opis téj choroby, z którego szersze wypada przytoczyć wyjątki już z tego powodu, że ma zapatrywania, jakich dawniejsi autorowie nie posiadali. Mówi on: „Duszność w macicy (*Suffocatio*) „jest w związku z oddechaniem i pochodzi z nabrzmienia „macicy lub z posuwania się jéj ku górze w skutek kurczów, „co pochodzi znów z rozszerzenia się jéj naczyń. Obrzmie„nie może mieć przyczynę w rozkładzie nasienia lub innéj „materyi wśród macicy lub w zatrzymaniu regularności. „Chorobę można poznać po zawrocie głowy, bólu w jajni„kach, nudnościach, odbijaniu i hurkotaniu w kiszkach. Na„sienie kobiety, gdy jest zatrzymaném w naczyniach, może „wywołać gnilne wyziewy, które dostają się do wątroby, „serca lub mózgu, pociągając za sobą zboczenie poważnéj „natury podobne do objawów, jakie spotykamy u ludzi u„kąszonych przez wściekłego psa lub inne jadowite zwierzę. „Przypadłości te są o wiele cięższe, gdy są skutkiem za„trzymania nasienia, niż gdy pochodzą z zatrzymania re„gularności, bo nasienie jest płynem doskonalszym, a gdy „się zepsuje, złośliwszym, delikatniejszym i bardziéj przeni„kającym, a choroby, które sprowadza, ostrzejsze i niebez„pieczniejsze, czém bowiem wino lepsze, tém silniejszym i „ostrzejszym ocet. Choroba ta wydarza się o wiele rzadziéj „u kobiet zamężnych, a częściéj u wdów o niedołężnym u„stroju. Gdy zatrzymany w macicy płyn się rozkłada, ma„cica usuwa się ze swego naturalnego położenia z powodu „rozszerzenia się naczyń w niéj przebiegających, bo te osta„tnie stając się grubszemi, stają się równocześnie krótszemi „i pociągają za sobą macicę ku początkowi swemu, t. j. ku „*vena cava* i tętnicy wielkiéj. Jeżeli ściągają się równo, „macica porusza się ku żołądkowi i przeponie, jeżeli nieró„wno, macica pochyla się naprzód lub w tył, na lewo lub „na prawo. W tym przypadku pęcherz i wnętrzności są bo„lesne i obrzmiałe. Także inne jeszcze przypadłości powsta„ją w skutek zatrzymania w macicy nasienia lub regularno„ści i są rozmaite według jakości i ilości zatrzymanéj ma„teryi; bo jeżeli przyczyna jest natury zimnéj, oziębia całe „ciało tak dalece, że tętno i oddech zaledwie spostrzedz się „dadzą; jeżeli natury ciężkiéj, wywołuje kurcze mięśniowe; „jeżeli jest natury melancholicznéj, pociąga za sobą smutek. „Z tego widać, że macica najprzód jest zamkniętą, potém „współczuje żołądek, a wreszcie serce, wątroba i mózg. „Niektóre kobiety popadają w stan głębokiego uśpienia i „odpowiadają tylko na bardzo głośne wołanie. Innym znów „razem dobrze słyszą, lecz nie zdołają odpowiadać. Bardzo „ostre przypadki wywołują często epilepsyję, katalepsyję, „letarg, apopleksyję, a nawet śmierć. Jedném słowem, ma„cica posiada swą wyłączną czułość i jest niezawisłą od „woli kobiety w tym stopniu, iż można powiedzieć, że jest „zwierzęciem, bo zwiększa lub zmniejsza swą objętość sto„sownie do okoliczności i jeżeli chce, porusza się i sprawia, „że biedna chora traci cierpliwość i rozsądek, doznając tylu „cierpień. Gdy zbliża się napad, kobieta nie może się utrzy„mać na nogach, ale leży skurczona, aby mniéj czuć bólu „i przyciska rękę do piersi i łona, aby przeszkodzić maci„cy w podnoszeniu się. Innym znów razem pacyjentka pada „na ziemię i leży jak bez życia, nie dając znaku przyto„mności, podczas, gdy tętno tak słabnie, że zaledwo go do„czuć można, a oddechu prawie zupełnie nie można się do„patrzyć. Gdy serce jest zajęte, bić przestaje, gdy mózg, „następuje majaczenie lub zupełna nieczułość. W niektórych „przypadkach przychodzi atak śmiechu, w innych zachwyt „tego stopnia, iż dusza zdaje się być oddzieloną od ciała“.

Autor w dalszym ciągu podaje znaki, po których można poznać, czy chora żyje jeszcze lub umarła wśród napadu i przytacza przypadek Vesala, który zabierając się do sekcyi pacyjentki pozornie zmarłéj zrobił już jedno cięcie, gdy nagle ku wielkiemu zdziwieniu i zmartwieniu lekarza chora dała znaki życia. Wielki anatom wyśmiany za tę pomyłkę poszedł na dobrowolne wygnanie, gdzie wkrótce potém umarł. Opowiada także daléj o skłonności takich chorych do śmiechu, krzyku i ciągłego mówienia podczas napadu, a gdy ten mija, ciało stopniowo odzyskuje siłę, kolor twarzy wraca i można spostrzedz wydzielenie się znacznéj ilości płynu z macicy. Co do leczenia, radzi ułożenie choréj w wygodném położeniu, aby swobodnie mogła oddechać, daléj poleca nacierać ją szorstkiém suknem, wprowadzić w pochwę wonne *suppositorium*, a ostre niemiłe zapachy zbliżać do nosa.

Porównywając te pojęcia starożytnych o przyczynie i naturze téj choroby, możemy tylko powiedzieć, że mimo ścisłéj już od wieków obserwacyi objawów, żadna teoryja mająca je tłumaczyć nie mogła cieszyć się ogólném uznaniem i przyjęciem.

5. O dobréj obserwacyi świadczą także podania dawnych autorów tyczące miesiączkowania i jego zboczeń. Arystoteles sądził, że miesiączkowanie jest skutkiem nadmiaru krwi w ustroju i zajmującą jest okoliczność, że w nowszych już czasach tego samego zdania był Buffon, przyrodnik. W rozprawach Hipokratesa znajdujemy wiele zajmującego o tym przedmiocie.

Kobiety, które nigdy nie były w ciąży mają być według niego do zboczeń w miesiączkowaniu skłonniejsze, gdyż jeżeli kobieta już rodziła, żyły jéj łatwiéj odprowadzają odpływ miesięczny, bo odejście wód płodowych poprawia krążenie krwi. Więc téż te kobiety, które już po odbytych porodach doznają zboczeń w miesiączkowaniu, łatwiéj mogą być wyleczone, niż te, które nigdy nie rodziły. W pierwszym bowiem przypadku macica jest przyzwyczajoną do wydzielania odchodów, a organizm chętnie się uwalnia od nadmiaru krwi, podczas kiedy u kobiet, które nie rodziły, naczynia nie są przyzwyczajone do rozszerzania się i opierają się silniéj. Autor zauważył także, że naczynia, które u kobiety są delikatniejsze, przyjmują także płyny organizmu o wiele łatwiéj niż u mężczyzn i jeżeli naczynia nie mogą być uwolnione od nadmiaru, następuje zapalenie i ból okolicznych tkanek; ciepłota kobiety ma także być wyższą od ciepłoty mężczyzny i tylko peryjodyczna utrata krwi przeszkadza zbytniemu podniesieniu się ciepłoty u kobiet. Gdy kobieta, która nigdy nie rodziła, nie miewa czyszczeń miesięcznych, co zdarza się, gdy macica jest zatkaną lub skręconą, następuje stan chorobowy. Zboczenia miesiączkowania pociągają także za sobą wymioty i rozwolnienie, co się zdarza najczęściéj u młodych dziewcząt. Gdy miesiączka nie występuje w zwykłym okresie czasu, kobieta doznaje bólu w dolnéj części brzucha i ma uczucie, jakby jakiś ciężar spoczywał na jéj lędźwiach. Jeżeli miesiączka wcale się nie pojawia, krew całego ciała staje się gęstą i ciężką. Leczenie polega na zadawaniu środków wymiotnych i przeczyszczających i śro-

dków poprawiających krążenie krwi (?). Jeżeli mimo tych środków nie pokaże się miesiączka, wolno wnioskować, że kobieta jest ciężarną. Czasem po dwu- lub trzymiesięcznym braku miesiączki znów ukazuje się i to w znacznéj ilości, przyczém odchodzą kawałki krwi ściętéj i kawałki mięsne. Czasem kobieta przez kilka miesięcy mieni się być ciężarną, gdy potém okazuje się, że obrzmienie ciała pochodziło tylko z zatrzymania krwi miesięcznéj. Jeżeli ilość odchodzącéj krwi jest zmniejszoną z powodu, iż ujście maciczne jest zwrócone ku jednéj stronie lub cała macica jest skrzywioną tak, że płyn nagromadzony w macicy nie odpływa w zupełności, może nastąpić stopniowe nagromadzenie się z miesiąca na miesiąc, które jest przeszkodą do zastąpienia w ciążę i sprawia często cierpienie szczególnie w okresie miesiączkowym (*Dyamenorrhea*). W przerwie czasu od miesiączki do miesiączki kobieta w tym przypadku doznaje gorączki i dreszczów i zaburzeń w czynności serca, a gdy ilość nagromadzonej krwi się wzmaga, bólów w lędźwiach, plecach i nogach, a nawet może nastąpić utrata władzy w niektórych członkach ciała. Gdy odpływ krwi miesięcznéj jest zbyt obfitym z powodu osłabienia i zwolnienia tkanek, lub z powodu obniżenia macicy, albo w skutek rozpustnego trybu zycia i nadmiernego używania płciowege, kobieta szybko podupada na siłach i zdrowiu, a dołączająca się przypadkiem inna jaka choroba łatwo się rozwija, objawy stają się coraz cięższemi, a chora często staje się niepłodną lub nawet umiera z wyniszczenia. (C. d. n.)

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

○ Rozszerzenie zwężonego odźwiernika palcami. Do krótkiego szeregu środków chirurgicznych stosowanych w cierpieniach żołądka dodaje prof. Loreta z Bolonii jeden zalecając gwałtowne rozszerzanie ujścia odźwiernikowego w przypadkach prostego zwężenia w miejsce resekcyi odźwiernika. W *Journal de med.* opisuje L. dwa przypadki, w których, o ile dotychczas sądzić można, nastał po operacyi pomyślny skutek. L. robił cięcie w ścianach brzusznych po prawéj stronie od *linea alba,* wyciągał żołądek na zewnątrz i nacinał go w pobliżu odźwiernika tak, aby mógł wprowadzić palec wskazujący do ujścia żołądka i rozszerzać je przez użycie siły. Ciekawą jest rzeczą, jak zakończą się te przypadki. Zważając jednak na to, iż tkanka jest bliznowatą, nasuwa się domysł, iż ulga będzie krótkotrwałą. (*The Lancet,* 1883, I, Nr. 24).

○ Śmierć w skutek ukąszenia pszczoły. Od czasu do czasu dowiadujemy się o przypadku śmierci nastającym wkrótce po ukąszeniu pszczoły, tak iż nie można wątpić o zachodzącym związku. Zdarzenia takie są zawsze wyjątkami, — nastawać więc muszą w wyjątkowych okolicznościach. Po ukąszeniu człowieka przez zwykłą pszczołę nie nastaje prawie nigdy nic więcéj nad miejscową reakcyję. Aby wytłumaczyć śmiertelny skutek, musimy więc przypuścić, że jad pszczoły był niezwykłéj przyrody bądź to w skutek jakiejś zewnętrznéj domieszki bądź téż jako wynik zmienionego procesu fizyjologicznego u pszczoły. Jeżeli powód nie leży w pszczole, musimy zwrócić uwagę na inne czynniki. Nie ulega najmniejszéj wątpliwości, że wstrzyknięcie jadu wprost do żyły jest bardzo niebezpieczne i że w tém szukać może wypada wytłumaczenia. Jeden z dzienników angielskich przytacza opis przypadku, w którym delikatny wieśniak 59 lat liczący dotychczas zupełnie zdrowy, podczas pracy w ogrodzie został ukąszonym przez pszczołę w powiekę; natychmiast pojawiły się objawy zapadu a ukąszony zmarł w ciągu pół godziny po ukąszeniu. Zasługuje na wzmiankę, iż córka zmarłego zeznała, iż ojciec 2 razy przedtém został ukąszonym przez pszczołę i że każdym razem był bardzo cierpiącym. (*The Lancet,* 1883, I, Nr. 24).

○ Dr. Johnson z Texas opisuje przypadek dziecka, które mając tydzień poczęło miewać regularność a ta pojawia się regularnie aż do dnia dzisiejszego. Obecnie liczy dziecko 6 lat.

○ Czy sztuczne zęby są koniecznemi? Pytanie to rozstrzygał niedawno Sąd berneński (na Morawie). Dentysta zapozwał obywatela z okolic Berna o wynagrodzenie za dostarczenie kilku sztucznych zębów świeżo zmarłéj jego żonie. Pozwany dowodził, że żądanie jest nieuzasadnione, bo pomoc udzielona jego żonie nie należy do tego rodzaju pomocy, do jakigoe jego żona miała prawo i dowodził, iż aczkolwiek żądania za usługi lekarskie winny być pokrywane z masy spadkowéj, to usług dentystów nie można do téj kategoryi zaliczyć. Sąd odmiennego jednakowoż był zdania i zasądził pozwanego z powodu, że żucie przy braku pewnéj liczby zębów musiało być niedostateczne a zastąpienie braku uznał Sąd za rzecz konieczną dla fizycznego zdrowia. (*The Lancet*).

Statystyka epidemij. W tygodniu od 1—7 lipca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 30,1. Z odry 2 (0 z. t.); z płonicy 1 (0 z. t.); z błonicy 1 (0 z. t.); z duru brzusznego 0 (1 z. t.): z gorączki połogowéj 1 (0 z. t.); z róży 0 (2 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku ospy, 3 odry, 4 płonicy, 1 duru brzusznego. W tygodniu od 24—30 czerwca umarły w Londynie z ospy 4 osoby, leczyło się w szpitalach 74, świeżo zapadło 11. W Rio de Janeiro umarło w 2éj połowie maja 23, w Nowym Orleanie 45, w Roterdamie 14, w Paryżu 10, w Pradze i Petersburgu po 9, w Maladze 6, w Warszawie i Murcyi po 5, w Walencyi 4, w Aleksandryi i Baltimore po 3. Z febry żółtéj umarło w 2 połowie maja 149. Z duru osutkowego umarło w Odesie, Maladze i Granadzie po 1, w Budapeszcie i Petersburgu po 2. Nieżyt kiszkowy zabiera mało ofiar pomiędzy dziećmi.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 24—30 lipca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 24,1; w Warszawie 39,0; w Wiedniu 26,0; w Budapeszcie 35,1; w Pradze 37,0; w Berlinie 44,0; w Wrocławiu 31,9; w Gdańsku 20,4; w Mnichowie 36,2; w Dreźnie 26,7; w Lipsku 23,0; w Bazylei 15,9; w Brukseli 26,3; w Amsterdamie 23,2; w Hadze 23,6; w Paryżu 24,1; w Londynie 18,9; w Kopenhadze 19,6; w Stokholmie 22,9; w Chrystyjanii 14,5; w Petersburgu 31,7; w Odesie 45,9; w Rzymie 30,2; w Wenecyi 27,0; w Bukareszcie 25,2; w Lizbonie 21,1; w Aleksandryi 42,9: w Filadelfii 20,8; w Bombayu 27,4; w Madrasie 32,3. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 18 lipca. Redaktor Przeglądu Lek. wyjeżdża na kilka tygodni. Pod niebytność jego obejmuje redakcyję Dr. Kwaśnicki (Ul. św. Anny 4) i z nim szan. koledzy w sprawach redakcyjnych zechcą się znosić aż do powrotu redaktora.

* D. 16 bm. w poniedziałek o godzinie 12éj w południe odbył się w *Colleg. physicum.* wykład habilitacyjny Dra Walerego Jaworskiego w obecności grona profesorów Wydziału lekarskiego oraz licznie zebranych uczniów medycyny. Dr. Jaworski mówił o powstawaniu i rozpoznawaniu rozstrzeni żołądka. Wykład odznaczał się gruntowném opracowaniem, dokładną znajomością literatury i wypowiedziany został płynnie i jasno. To téż grono profesorów uznało kandydata jako docenta chorób przewodu pokarmowego i uchwałę swoją przedłoży Ministerstwu Oświecenia do zatwierdzenia.

* Według nadesłanych nam wykazów w Krynicy do d. 8go lipca było gości 1360, w Cieplicach czeskich do 11 lipca 5328.

* **Wiadomości osobowe**. Stopnie doktorów w. n. lek. w Uniw. Jagiell, otrzymali pp. Julijan Tadeusz Czyrniański, Henryk Otto obaj z Krakowa i Celestyn Sztembarth z Warszawy.

* **Nekrologija.** W Berlinie umarł docent farmakologii Dr. Steinauer.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 28: Śp. Dr. Włodzimierz Dybek, wspomnienie pośmiertne; Bielińskiego: O objawach fizyjologicznych życia płciowego u włościanek okręgu górniczego Chołnickiego; Meyersona: Przyczynek do instrumentologii krtaniowéj; — W *Gazecie Lek.* Nr. 28: Orłowskiego: Ośmnaście dni trwające wstrzymanie wydzielania moczu (dok.); Korniłowicza: Przypadek *Paralyseos agitantis.* (dok.)

Redakcyja otrzymała:

Dr. B. WICHERKIEWICZ: Piąte sprawozdanie roczne zakładu leczniczego dla ubogich chorych na oczy w Poznaniu. Poznań 1883, in 8vo str. 40.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 28 lipca 1883. № 30. Rok XXII.

I. Wrodzony brak worka sercowego przy prawidłowém położeniu serca.

Według wykładu w Tow. lek. gal. we Lwowie 2 czerwca 1883).

Opisał Dr. W. Pisek,

b. asystent katedry anatomii patolog. Uniw. Jagiell., obecnie lekarz szpitala powszechnego lwowskiego.

(Dokończenie. Patrz Nr. 29).

Przypatrując się bliżéj pozostałościom worka osierdziowego widzimy, że istnieje tylko odcinek jego górny prawy na kształt kieszonki błoniastéj obejmującéj od tyłu i od strony prawéj przedsionek serca prawego, trzecią część zewnętrzną komórki prawéj i dotykający tętnicy płucnéj (zakrywając tętnicę główną). Kieszonka wzmiankowana jest bezpośrednim dalszym ciągiem opłucny płuca lewego, która jednostajnie przechodząc na mięsień sercowy przechodzi również i na błonę zewnętrzną tętnicy płucnéj i głównéj. Otóż dopiero z przedniéj powierzchni części wstępującéj aorty, występuje sierpowaty fałd z tkanki łącznéj wklęsłością ku dołowi zwrócony i po nad aortę przechodzący, na 2cm. szeroki, okalający prawy przedsionek, żyłę główną górną i dolną, dosięgając w tém miejscu prawie 26mm. szerokości. Zmniejszając się następnie, przechodzi pod tylną ścianę serca na wysokości pierścienia przedsionkowo-komórkowego i wysyła kilka drobnych błoniastych strzępów do rowka podłużnego międzykomórkowego tylnego. Te strzępki nitkowate, których znaczniejsza ilość przebiega od dolnego wewnętrznego brzegu płuca ku przedsionkowi lewemu, stanowią właściwe zakończenie wzmiankowanego fałdu. Z owéj całéj bowiem kieszonki błoniastéj obejmującéj ukośnie prawą zewnętrzną trzecią część serca, znachodzi się tuż przy rowku serca tylnym (*sulcus longit. poster.)* zaledwie delikatna przeświecająca błonka, bezpośrednio przechodząca z jednéj strony na osierdzie (*epicardium)* przedsionka lewego, a z drugiéj strony na opłucną płuca lewego wytwarzając przytém kilka włóknistych nitek.

Najcharakterystyczniejszym szczegółem jest przebieg nerwów przeponowych (*NN. phrenici)*, który zupełnie odpowiada przypadkom dotychczas opisanym.

Prawy nerw przeponowy (*N. phrenicus dexter)* przebiega tuż obok płuca prawego w rowku między płucem a blaszką śródpiersiową. Lewy zaś nerw przeponowy przebiega ściśle wzdłuż dolnego odcinka owego fałdu worka osierdziowego, począwszy od miejsca tego, gdzie kierunek fałdu poprzeczny przechodzi w pionowy, nerw towarzysząc wciąż wzmiankowanemu fałdowi przechodzi wraz z nim w tył pod serce i tu rozgałęzia się na przeponie wzgl. pod opłucną przeponową. Z opisu widać, że za życia chorego, gdy ów fałd kieszonkowy obejmował właściwy odcinek serca, to tworzył przebieg nerwu przeponowego **lewego** wężownicę na około serca, od strony prawéj ku dołowi pod serce i na lewo.

Co do utkania fałdu w ogólności odpowiada ono prawidłowemu utkaniu worka osierdziowego choć fałd jest nieco cieńszym, wyjąwszy okolicę największéj jego szerokości, t. j. naprzeciw przedsionka prawego. W témże miejscu znajduje się bowiem kilka zgrubień wyłącznie przez utkanie tłuszczowe utworzonych podobnie jak np. przysadki tłuszczowe okrężnicy (*Appendices epiploicae coli)*.

Samo serce nieco w poprzek rozszerzone 12cm. szerokie, 11cm. długie, okazuje kilka mleczno-białych plam ścięgnistych, a tuż ponad końcem nawet dwa kosmkowate błoniaste strzępki w części przeświecające, na $1^1/_2$cm. długie, jak to czasem bywa w włóknistym zroście blaszek osierdziowych. Koniec serca okazuje nieznaczne wcięcie. Grubość ścian prawidłowa. Śródsierdzie i zastawki niezmienione. Zastawka tylko (*V. Thebesii*) żyły głównéj dolnéj znacznie rozwinięta. Mięsień sercowy w znaczniejszym stopniu okazuje zmiany „ostre miąższowe“. Wątroba i nerki okazują zna-

czne zmiany ostrego zwyrodnienia miąższowego, podczas gdy śledziona powiększona i zbita wykazuje obrzęk przewłoczny. Błona śluzowa wejścia krtani w wysokim stopniu surowiczo obrzękła, niemniéj więzadła języko-nagłośniowe. Wypociny lub ubytków na migdałkach nie widać.

Rozpozn. zanotowane w protokole (z dnia 1 stycznia 1883 Nr. sekcyi 2) opiewa:

Grzegórz Trojanowski, lat 28, z oddziału I. wewn. *Degeneratio parenchymatosa acuta hepatis, renum partim et musculi cordis. Oedema acutum minoris gr. aditus ad laryngem. Defectus fere totius pericardii parietalis et excavatio pulmonis sinistri partim atelectatici pro corde. Epicarditis chronica fibrosa. Ecchymoses numerosae epicardii et pleurae pulmonis utriusque, tumor lienis chronicus.* Mieliśmy zatém do czynienia ze zboczeniem wrodzoném polegającém na braku przeważnéj, bo przeszło dwóch trzecich części worka sercowego. Zboczenie to jest bardzo zbliżone do tego stanu, gdzie zamiast worka sercowego znajdują się wyrośle włókniste podobne do „grzebienia koguciego" a umieszczone u podstawy serca. Wyższe stopnie polegają na obecności mniéj lub więcéj wyraźnych szczątków worka sercowego, stanowiąc nieznaczne powolne przejścia do stanu pokrewnego, to jest do „ubytów częściowych ograniczonych" worka sercowego. F a b e r w znakomitym opisie swego przypadku (Xgo) wykazuje na kazuistyce to stopniowanie, starając się przytém wprowadzić w pewien związek pewne postacie braku worka sercowego, z poszczególnemi okresami płodowego rozwoju.

Wypada mi jeszcze słów kilka dodać dla uzupełnienia tego niezwykłego obrazu anatomicznego. Otóż jak widać w naszym przypadku skutkiem braku przeważnéj części worka sercowego, nie było wcale przestworu śródpiersiowego przodkowego (*Mediastinum anticum*). Przestwór ten, jak wiadomo, tworzy część opłucny, która z worka osierdziowego, względnie z jego części włóknistéj przechodzi z tyłu ku przodowi na mostek, aby potém jako opłucna żebrowa (*Pleura costalis*) stanowić wyściółkę ścienną jam opłucnowych [1]).

Otoż tylko od strony prawéj istniała błoniasta przyczepina, łącząca owe „resztki worka sercowego" z tylną ścianą mostka, a zatém właściwie tylko blaszka prawa (*Lamina mediastini dextra)*, zamykająca w zupełności prawą jamę opłucnową. Blaszki lewéj nie dostawało, tak że cały przestwór śródpiersiowy przodkowy, daléj jama worka sercowego (*Cavum pericardii*) wraz z jamą opłucnową (piersiową) lewą (*Cavum pleurae s. thoracis sinistr.)* stanowiły jednę jednolitą jamę (*Cavum pleuro pericardiale sc. sinistrum*).

W tym względzie odpowiada przypadek niniejszy stosunkom, jakie znajdowały się w przypadku X (Faber), III (Otto) a w części tylko VI (Curling). Nadto jeszcze zanotować wypada jeden szczegół a mianowicie włóknisty, ściśle odgraniczony zrost okolicy końca serca (zob. wyżéj) z tylną ścianą mostka. Jeżeli koniecznie zmianę tę mianem choroby nazwać mamy, to sądzę że najstosowniejszém byłaby: *Epicarditis fibrosa adhaesiva.* Nierozstrzygniętém zostawiamy pytanie, czy w istocie mamy produkt sprawy zapalnéj, czyli téż analogię z istotą „plam ścięgnistych" osierdzia, których i w tym przypadku na powierzchni serca nie brakło. Również ważnemi są zmiany opłucny i płuca lewego w bezpośredniém sąsiedztwie serca. Opłucna jest tu znacznie zgrubiałą a płuco talerzowato głęboko zaklęśnięte kształtem najściśléj odpowiadające odcinkowi serca. Nie omylimy się uważając te zmiany wprost jako zmiany uciskowe, jakie z biegiem czasu serce sprowadzić musiało przypierając do płuca. Jest to ta sama sprawa, jaka wszędzie indziéj skutkiem długo trwałego ucisku się rozwija, np. w móżdżku lub mózgu w sąsiedztwie nowotworów itd. W naszym przypadku mieliśmy prócz przewlocznego zapalenia włóknistego opłucny jeszcze i zżykowacenie miąższu płucnego obok zniekształtnienia. Niemniéj widoczną jest rzeczą, że w obec braku worka sercowego istnieć musiał jeszcze i inny brak więzów mostko-osierdziowych (*Ligamenta sterno cardiaca sup. et inf. Luschka*).

U w a g k l i n i c z n y c h żadnych podać nie możemy. Jak z jednéj strony przy sekcyi na pozór dość łatwo daje się skonstruować różnicowe rozpoznanie braku worka sercowe, tak z drugiéj strony dotychczas nikt rozpoznania tego za życia nie zrobił! I w naszym przypadku tylko trafem wykryto przy sekcyi to rzadkie zboczenie, które za życia żadnym znakiem się nie cechowało. Czytając odnośnie szczegóły różnicowo-rozpoznawcze w uwagach Fabera uszeregowane bardzo logicznie, dziwimy się w końcu, że sam autor rozpoznania nie zrobił. Nie tu miejsce wdawać się w krytyczną ocenę owych znaków, które, naszém zdaniem, żadną miarą rozpoznania ułatwić nie mogą. Czytelnika ciekawego odsyłamy do téj pracy w spisie podanéj.

Co do następstw to poucza przegląd znanych dotąd dziesięciu, a z naszym jedenastu, przypadków, że brak worka sercowego w przeważnéj części jest czémś zupełnie obojętném. Ani czynności serca, ani płuc, ani przepony lub gardziela nie doznają szwanku. Tylko w razie rozwinięcia się wysięku ropnego w lewéj jamie opłucnowéj sprawa prawdopodobnie szybciéj nagabuje i pokrywy surowicze serca. Ale tylko prawdopodobnie, gdyż istniejący nawet worek sercowy nie zbyt silnie chroni serce od *Pericarditis* przy istniejącym wysięku opłucnowym.

LITERATURA: Praca Fabera, najdokładniejsza i najpóźniejsza nie jest w spisie literackim, całkowicie dokładną. Poniżej podajemy nieco szczegółowsze zestawienie, obejmujące i prace u Fabera niecytowane:

1) B a i l l i e: *a) Transactions of a Society for the improvement of medical and chirurgical knowledge. Vol.* I. p. 91. *On the want of the pericardium in the human body.* Lond. 1793. — *b) Philosophical Transactions* 1740—1741, Nr. 461. — 2) B a l y: *Lond. med. Gazette* 1851, p. 40. — 3) B a r t h o l i n u s Thomas: *Histor. anatom. rar.* tom II, pag. 264. — 4) B r e s c h e t: *Répertoire général d'Anatomie et de Physiol. pathol. etc.* T. I. p. 67—74. *Mémoire sur un vice de conformation congéniale des enveloppes du coeur.* — 5) B r u n n e r: *De corde occulto* 1701. — 6) B ü t t n e r: *Anatomische Wahrnehmungen* p. 36. — 7) C o l u m b u s Realdus: *De re anatom.* lib. XV, p. 265. — 8) C u r l i n g: *Case of congenital absence of the pericardium. Medico-chir. transact* 1839. p. 222. — 9) F a b e r: *Über den angebornen Mangel des Herzbeutels, in anatomischer, entwicklungsgeschichtlicher und klinischer Beziehung.* (*Virchows Archiv* Bd. 74, Heft 2, str. 173). — 10) H a l l e r: *Elementa physiologiae* Vol. 1, lib. IV, sect. 1, p. 289. — 11) H e n k e l: *De pericardio defic. Berol.* 1828. — 12) H a y e r: *Act. nat. curios.* Vol. V. obs. 68. — 13) L a n c i s i: *De motu cordis et anevrismat. lib.* 1, p. 23. — 14) L a w s o n T a i t: *Doublin. med. Journ.* 1869 (ref. Schmidt Jahrb. Bd 148, p. 147). — 15) L i t t r e: *Mémoire de l'Acad. royale de sciences* 1772, p. 37. — 16) L u s c h k a: *Die Anatomie der Brust* 1863, p. 276.—17) M o r g a g n i: *Epistol.* XXIII, Nr. 17 et 18. — 18) O t t o: *Seltene Beobachtungen zur Anatomie, Phys. u. Pathol. gehörig.* II. Sammlung. Breslau 1824, s. 44. — 19) P e y e r: *Method. hist. anat.*

---

[1]) Przyjmujemy obecnie, że worek sercowy składa się z dwóch warstw czyli blaszek, z wewnętrznéj czyli surowiczéj, stanowiącéj w jednéj części również i epicardium i z blaszki zewnętrznéj włóknistéj, która w sąsiedztwie głównych pni naczyniowych przechodzi na ich powierzchnię, tworząc ich błonę zewnętrzną *(Adventitia)*. Obie warstwy, worek sercowy tworzące, są ściśle ze sobą zrośnięte, a w miejscach, gdzie do opłucny przytykają i z opłucną.

Cap. IV. — 20) Rokitansky: *Lehrbuch der pathol. Anatom.* Bd. II, p. 231. — 21) Trousseau: *a) Journal de Méd. Nov.* 1843. — *b) Bullet de l'Acad. de méd. Avril* 1846.—*c) Clinique med.* Paris 1882. — 22) Tulpius: *Observ. med.* lib. II, c. 25, p. 143. — 23) Verbeck: *N. Verch. v. h. kon. Nederl. instit.* 1827, I, 230. — 24) Walter: *Museum anatom. Arti* 668. Berol. 1805. — 25) Weisbach: *Angeborner Defect des Herzbeutels. Wien. med. Woch.* 1868, Nr. 69. — 26) Wolf: *Rust's Magazin f. d. ges. Heilkunde* 1827, Vol. 23, p. 333. — Nadto: Podręcznik Förstera, praca Rauchfussa w zbiorze Gerhardta T. I. oddział IV. str. 31, praca Bauera w zbiorze Ziemssena, wyd. 2gie, zeszyt 15, str. 6.

II. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od r. 1879 do 1882.

Podał Dr. **Emanuel Rosenblatt.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 28).

F. Macinnictwo.

Jeszcze do bardzo niedawnego czasu niezgodne były zdania, czy macinnictwo może wystąpić u dzieci pod względem płciowym jeszcze nierozwiniętych, i czy choroba ta pojawić się także może u osobników płci męzkiéj. Różnica zdań co do tychże punktów zostaje w ścisłym związku z zapatrywaniem się na patogenezę macinnictwa, t. j. na przyczynę ostateczną téjże choroby i na jéj siedzibę. Wiadomo, iż głównie dwie istnieją teoryje, tyczące się przyczyny i umiejscowienia macinnictwa: jedna starodawna, szukająca przyczyny choroby téj w zboczeniach czynności narządu płciowego żeńskiego, względnie w zboczeniach samego narządu płciowego, zwłaszcza macicy, ztąd też i nazwa pochodzi (ὑστέρα-macica), druga nowsza, zyskująca teraz dopiero coraz więcéj uznania, odnosząca objawy chorobowe, nazwą macinnictwa objęte, wprost do zboczeń w samym układzie nerwowym ośrodkowym. Pierwsze zdanie, jeżeli pominiemy najstarszą teoryję o wędrówkach macicy po całém ciele i ucisku jéj na rozmaite narządy, postawione głównie przez Hipokratesa, a uważające za przyczynę macinnictwa szkodliwe zatrzymanie czy to krwi, czy nasienia, czy wiatrów w macicy, lub też w czasie późniejszym, obrzęknięcie macicy i ucisk wywarty przez nią bezpośrednio na nerwy sąsiednie, przyjęte powszechnie w przeszłości i za pewnik nieomylny uważane a dominujące jeszcze nawet w pierwszéj połowie obecnego stulecia, o tyle tylko w czasach nowszych uległo modyfikacyi, iż objawy macinnictwa nie tłumaczy się już uciskiem bezpośrednim na sploty nerwów, tylko powstawaniem na drodze odruchowéj skutkiem zboczeń w czynnościach już rozwiniętéj macicy (Romberg). Zdanie to jednak w obec publikacyj najnowszych coraz więcéj traci na wartości, chociaż jeszcze i teraz niektórzy lekarze o mylności zdania tego nie są przekonani (Lee, Tilt, Chairou i inni) a tém samém nie przyznają możliwości powstania macinnictwa u dzieci, których narząd płciowy jeszcze nie jest rozwinięty, a tém samém płci męzkiéj, macicy nie posiadających. Drugie zaś zdanie, najpierw wyrażone stanowczo przez Karola Lepois (Carolus Piso) w dziele swém *Selection. observat. et concil. de morbis serosis* w roku 1618, którytо autor uważa za nieusprawiedliwione obwinianie macicy lub innych trzew o przyczynę macinnictwa i tylko czyni takowe zawisłém od idijopatycznego zboczenia w głowie, podaje daléj, że przypady macinnictwa zarówno uważać można u mężczyzn jak i kobiet, i że występują one także u dziewcząt przed rokiem dwunastym, poparte przez Willisa, który w *Pathologiae cerebri et nervos. gener.*, in *quo agitatur de morbis convulsivis* z roku 1667, pojmuje macinnictwo jako chorobę drgawkową, powstającą przez przymięszanie się obcych pierwiastków do t. zw. „*spiritus animales*“, mających siedzibę w narządzie nerwowym ośrodkowym, mogącą zatém wystąpić i u niedojrzałych pod względem płciowym osobników, poparte daléj w części przez Sydenhama (*Opera medica,* 1736), uważającego za przyczynę macinnictwa bezład owych *spiritus animales*, których nierówne nagromadzenie to w mózgu to w innych narządach, chorobę tę wywołuje, głównie dopiero zyskało uznanie skutkiem pracy Briqueta pod tyt. *Traité clinique et thérapeutique de l'hysterie* wydaném w roku 1859. Chociaż już poprzednio, bo w r. 1824, opisał Georget niewątpliwy przypadek macinnictwa u dziecka 9cio-letniego, a 5 przypadków u dzieci między rokiem 10 a 15, a Landouzy w r. 1846 podał 4 przypadki u dzieci niżéj lat 10 a 48 przypadków macinnictwa w wieku pomiędzy 10 a 15 laty i zestawił także 30 przypadków macinnictwa u mężczyzn z dawniejszéj literatury, to jednak obydwaj jeszcze uważali daléj macinnictwo za nerwicę odruchową wychodzącą z macicy, a dopiero Briquet, który na ogólną liczbę 426 przypadków macinnictwa zauważył 66 przypadków u dzieci niżéj lat 10ciu, a 98 niżéj lat 15u, a wreszcie zebrał 50 przypadków na 1000 macinnictwa u mężczyzn przez siebie i innych zauważone, wyraża się stanowczo za siedzibą macinnictwa w mózgu i rdzeniu, uważając chorobę tę jako nerwicę mózgową czynnościową. Od tego czasu dopiero pojawiły się coraz liczniejsze prace, popierające to zdanie a dotyczące przypadków niewątpliwych macinnictwa u mężczyzn i dzieci, że wspomnę tylko z autorów niemieckich prace Althausa, Amanna, Hassego, Rosenthala, Mendela, Henocha, Seeligmüllera, Jollyego, Smidta i Biederta, z francuskich Chatelaina, Despinéa, Bouchuta Carreaua, z angielskich Westa, Finlaysona, Barlowa z polskich, o ile mi wiadomo, tylko prof. Korczyńskiego. Mimo prac tych wszystkich jest dla nas ostateczna przyczyna macinnictwa daléj tak zagadkową jak była poprzednio, a określenie macinnictwa jako „nerwicy polegającéj na pewnym stanie podwyższonéj pobudliwości w ośrodkach nerwowych, obok spotęgowanéj równocześnie łatwości wyczerpania“ wiele jeszcze pozostawia do życzenia. Aczkolwiek nie znamy istotnéj przyczyny macinnictwa, to znane są nam przecież dostatecznie warunki, wśród których po największéj części choroba ta się rozwija, a do tych należą przedewszystkiém jak wiadomo: dziedziczność, złe wychowanie, umysł łatwo wrażliwy, obcowanie z osobami macinnictwem dotkniętemi, wątła budowa ciała, niedokrewność i błednica, a wreszcie zboczenia w narządzie płciowym, które jednak dla wieku dziecięcego poślednie tylko co do częstości zająć mogą miejsce.

Przeglądając sprawozdania ze szpitali, na wstępie rozprawki téj podanych, napotkałem tylko na 8 przypadków macinnictwa, z których 4 zauważono w szpitalu drezdeńskim, 3 w szczecińskim a 1 w szpitalu w Hagenau (Biedert); liczba ta jednak w obec tak ogromnego materyjału, jaki przedstawia ogólna suma chorych dzieci leczonych po tych szpitalach tak stale jak i przychodnio, wydaje mi się, mimo rzadkości macinnictwa we wieku dziecięcym, zanadto małą, i przypuścić tylko muszę, iż przypadki podobne przedstawiane może na poliklinikach w obec nawału pracy, jaki się zazwyczaj tam znajduje, należycie zbadanemi być nie mogły i tém samém uszły uwadze ordynujących. Bo dla czegóż

właśnie w szpitalach mniejszych, nierozporządzających wielkim materyjałem po kilka przypadków macinnictwa zauważono, podczas gdy szpitale na większą liczbę chorych obliczone i daleko większym cieszące się ruchem w sprawozdaniach swoich o macinnictwie nic nie wspominają? Co się tyczy szpitala naszego, to zauważyliśmy w ciągu lat 3ch dwa typowe przypadki, z których jeden u dziewczyny 12-letniéj, drugi u chłopca 8-letniego, obydwa zaś u dzieci żydowskich. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. Neureutter: **Častost vyskytovani se zánětu a hniloby v kloubech končetin a v pateři u dětí.**

Powszechnie znaną jest rzeczą, że choroby nie należące do działu zakaźnych, występują czasami w tak poważnéj liczbie, że częstość ta nadaje im cechę szerzenia się nagminnego. Przyczyna tego zjawiska pozostaje nieodgadniętą: po przerwie czasem kilkoletniéj powstaje nagle taka choroba, panuje czas jakiś, wprawiając swą częstością w zdumienie lekarzy, i z równą prędkością znika; tak panuje czasem żółtaczka, ostre zapalenie opon mózgowych, półpasiec itd.; do chorób tych zalicza się ropne zapalenie stawów, które występuje co lat kilka z niezwykłą częstością, i w takim razie zapalenie usadawia się wyłącznie w jednym i tym samym stawie np. kolanowym, łokciowym itd., a co szczególnie uderza, że jeśli sprawa zapalna wybiera staw odnogi prawéj, to w całym okresie téj wrzekoméj epidemii stawy lewéj połowy ciała są od niéj wolne. Dr. Neureutter zamierzył sprawdzić ten stan rzeczy, co do ropnego zapalenia stawów, w statystycznéj pracy, którą na podstawie 23-letniego materyjału szpitalnego w dziecięcym prażskim szpitalu Cesarza Franciszka Józefa opracował. Ilość przypadków wynosiła 1540 (800 chłopców i 740 dziewcząt), przyczém zapalenie usadowiło się w stawach odnóg 1088 razy, a w stawach stosu pacierzowego 452.

Ropne zapalenie stawów odnóg.

a) Wpływ płci i wieku na częstość występowania. Podług płci było u chłopców 537 razy, u dziewcząt 551, razem 1088.

Podług wieku:

do 1 roku życia	75 razy	(39 chłop.	i	36 dziew.)
od 1 do 4 „ „	412 „	(218 „	„	194 „)
od 4 do 8 „ „	376 „	(178 „	„	198 „)
od 8 do 14 „ „	225 „	(102 „	„	123 „)
razem	1088	537		551

Z obliczenia tego wynika, że dziewczęta częściéj zapadają na ropne zapalenie stawów, aniżeli chłopcy; przypatrując się jednak bliżéj poszczególnym liczbom tego zestawienia przekonujemy się, że ta większa częstość zapalenia u dziewcząt powstaje dopiero po 4 roku życia; do 4go roku zaś chłopcy częściéj téj sprawie podlegają. Neureutter tłumaczy ten wynik stwierdzonym przez statystykę faktem, że chłopców więcéj się rodzi aniżeli dziewcząt, więcéj téż ich chorować i umierać musi; a że śmiertelność dzieci jest największą do 4 roku życia, przeto do tego roku chłopcy częściéj i na ropne zapalenie stawów zapadać muszą; po 4 roku następuje liczebne wyrównanie, a dziewczęta mające mniéj organicznéj wytrwałości, częściéj téż zapadać muszą na zapalenie stawów.

Przytoczone liczby wskazują, że wiek ma wielki wpływ na ropne zapalenie stawów odnóg, mianowicie jeśli podzielimy 1088 przypadków na dwa działy: do końca 4 roku życia i od 5 do 14 lat włącznie, to stosunek będzie: 487:601; zatém zapalenie ropne stawów wzmaga się z wiekiem dzieci. Jakże ten wpływ wieku wytłumaczyć? Neureutter przypomina, że w pierwszych miesiącach życia dzieci nie cierpią na zołzy; pierwsze objawy spostrzegamy zwykle przy rozpoczynającém się ząbkowaniu, a najczęściéj i najuporczywiéj występują objawy zboczenia zołzowego po 4 roku życia; a że nikt dziś nie zaprzecza twierdzeniu, że ropne zapalenie stawów jest jednym z objawów zołzowego zboczenia odżywczego, przeto statystyczna praca Dra Neureuttera stwierdza dobitnie ten wywód kliniczny.

b) Jaki zachodzi stosunek liczebny częstości występowania ropnego zapalenia stawów odnóg górnych do odnóg dolnych? Stawy górnych odnóg zajęte były na 1088 przypadków 163 razy, dolnych zaś 925; podług płci stawy odnóg górnych zajęte były u 88 chłopców i 75 dziewcząt. Podług wieku:

do 1 roku życia	12 razy	=	5 chłopców	i	7 dziewcząt
„ 4 „ „	73 „	=	41 „	„	32 „
„ 8 „ „	57 „	=	29 „	„	28 „
„ 14 „ „	21 „	=	13 „	„	8 „ .

Stawy odnóg dolnych podług płci zajęte były na 925 przypadków 449 razy u chłopców, 476 u dziewcząt; podług wieku:

do 1 roku życia	63 razy	=	34 chłopców	i	29 dziewcząt
„ 4 „	339 „	=	177 „	„	162 „
„ 8 „	319 „	=	149 „	„	170 „
„ 14 „	204 „	=	89 „	„	115 „ .

Z przytoczonych liczb widzimy, że odnogi dolne, jako więcéj pracy mające w wieku dziecięcym, a przez to samo więcéj narażone na wpływy zewnętrzne, o wiele częściéj ulegają ropnemu zapaleniu stawów, aniżeli odnogi górne. Wpływ wieku i płci na częstość występowania téj sprawy na odnogach górnych lub dolnych, jeśli sądzić mamy podług zestawień Neureuttera, jest bez znaczenia.

c) Stosunek liczebny częstości ropnego zapalenia pojedynczych stawów.

a) Odnoga górna: staw barkowy 20 razy, łokciowy 83, nadgarstkowy 19, stawy śródpięścia i palców 41 razy.

b) Odnoga dolna: Staw kulszowy 486 razy, kolanowy 320, skokowy 88, stawy śródstopia i palców 21 razy. Na odnogach górnych najczęściéj ulega ropnemu zapaleniu staw łokciowy, a następnie stawy śródpięścia i palców, barkowy, nadgarstkowy; na odnogach dolnych: kulszowy, kolanowy, skokowy, a wreszcie stawy śródstopia i palców. Nie uwzględniając rozdziału na stawy odnóg górnych i dolnych, częstość ropnego zapalenia stawów odnóg przedstawia się w następującym porządku: kulszowy, kolanowy, skokowy, łokciowy, stawy śródpięścia i palców rąk, śródstopia i palców nóg, barkowy i wreszcie nadgarstkowy. Zestawiając liczby przytoczone, uderza nadzwyczajna częstość ropnego zapalenia stawów kulszowego i kolanowego nad takąż częstością innych stawów odnóg górnych i dolnych, przyczyna téj częstości była już wyżéj wymienioną, polega ona na największéj pracy tych stawów, czynnikiem usposobiającym zaś jest zołzowe zboczenie odżywcze.

d) Czy wiek i płeć mają wpływ na częstość powstawania ropnego zapalenia poosobnych stawów, czy sprawa ta występuje częściéj w odnogach prawych czy lewych? Przechodziłoby to roz-

miary sprawozdania, gdybym usiłował przytoczyć wszystkie liczby, które zestawił autor; ograniczę się więc na słownym wywodzie. Co do odnóg górnych:

1. Chłopcy mają większe aniżeli dziewczęta usposobienie do ropnego zapalenia stawów łokciowęgo i nadgarstkowego, przeciwnie stawy barkowy i śródpięścia i palców rąk częściéj ulegają téj sprawie u dziewcząt.

2. Wpływ wieku na powstawanie ropnego zapalenia stawów odnogi górnéj objawia się têm, że zajęcie stawu nadgarstkowego występuje dopiero po upływie 1 roku życia; stawy barkowy i łokciowy począwszy od 4 roku, z wiekiem coraz częściéj ulegają sprawie zapalnéj.

3) Stawy odnogi górnéj prawéj częściéj podpadają ropnemu zapaleniu aniżeli lewéj.

4. Z materyjału, którym N. rozporządzał nie można uczynić wniosku, czy wiek i płeć mają jaki wpływ na częstsze występowanie ropnego zapalenia stawów prawéj lub lewéj odnogi górnéj.

Odnogi dolne: ropne zapalenie stawów odnóg dolnych częściéj występuje u dziewcząt aniżeli u chłopców, zasada ta stosuje się jednak tylko do stawów kulszowego, skokowego, śródstopia i stawów palcowych, gdyż chłopcy częściéj aniżeli dziewczęta ulegają zapaleniom stawu kolanowego.

Względnie do wieku ropne zapalenie stawów kulszowego i kolanowego jest częstszém do 4 roku życia u chłopców; po skończonym 4 roku częściéj zdarza się u dziewcząt. Zapalenie stawów skokowego, śródstopowego i palców nóg bywa częstszém u dziewcząt aniżeli u chłopców.

Porównując prawą odnogę z lewą przekonywamy się, że stawy lewéj częściéj ulegają ropnemu zapaleniu. Chcąc pozostać w granicach sprawozdania zmuszeni jesteśmy opuścić poszczególne uwagi i liczby odnoszące się do poosobnych stawów odnogi dolnéj.

Zapalenie ropne stawów stosu pacierzowego spostrzegane było 452 razy, 263 u chłopców, 189 u dziewcząt. Względnie do wieku chorych zapalenie to przedstawiało się w następującym stosunku:

do końca	1 roku życia	6 razy	(2 chłopców	4 dziew.)		
„ 1	„ 4 „	198 „	(124 „	74 „)		
„ 4	„ 8 „	170 „	(95 „	75 „)		
„ 8	„ 14 włącznie	78 „	(42 „	36 „)		

Co do częstości występowania ropnego zapalenia stawów w poosobnych działach stosu pacierzowego autor uskarża się, że rozpatrując materyjał szpitalny znalazł na 452 przypadków tylko 178 razy niewątpliwe oznaczenie tego topograficznego szczegółu.

Zapalenie w tych 178 razach usadowiło się w stawach

kręgów szyjowych	40 razy,	19 chłopców,	21 dziewcząt,	
„ piersiowych	88 „	41 „	47 „	
„ lędźwiowych	49 „	31 „	18 „	
„ krzyżowych	1 „	1 „	— „	
	178	92	86 „	

Z liczb statystycznych wnosić należy, że ropne zapalenie stawów kręgosłupa częściéj wydarza się u chłopców, aniżeli u dziewcząt, że skłonność do tego zapalenia wzmaga się z wiekiem dziecka aż do 8 roku życia, a największa ilość przypada na lata od 2 do 8 roku. Właśnie na lata, w których występują objawy zołzowego zboczenia odżywczego. Najczęściéj ulegają zapaleniu stawy kręgów piersiowych, następnie lędźwiowych, szyjowych, a najrzadziéj krzyżowych. Wpływ płci na powstawanie zapalenia w stawach pojedynczych działów kręgosłupa wyraża się większą skłonnością dziewcząt do zajęcia stawów górnéj połowy (szyjowych i piersiowych), u chłopców zaś częściéj występuje ta sprawa w kręgach lędźwiowych. Wiek dzieci także wpływa na stosunkową częstość powstawania ropnego zapalenia stawów w poosobnych działach kręgosłupa: do 4 roku życia spostrzega się większa skłonność do usadowienia się sprawy zapalnéj w stawach kręgów szyjowych, w następnych latach do 8 roku częściéj występuje sprawa zapalna w dziale piersiowym i lędźwiowym kręgosłupa.

Streszczając pracę Neureuttera dochodzimy do następujących wniosków:

1. Ropne zapalenie stawów odnóg jest częstszém u dziewcząt niżeli u chłopców.

2. Ropne zapalenie stawów odnóg występuje do 4go roku życia częściéj u chłopców, po 4ym częściéj u dziewcząt.

3. Do 4 roku życia mniéj ulegają dzieci téj sprawie, aniżeli późniéj.

4. Najwięcéj zapadają dzieci między 4m a 8m rokiem życia.

5. Płeć i wiek mają wpływ na częstość powstawania ropnego zapalenia stawów u dzieci.

6. Stawy odnóg dolnych częściéj ulegają sprawie zapalnéj, aniżeli górnych.

7. Chłopcy częściéj chorują na stawy odnóg górnych.

8. Stawy odnóg górnych częściéj ulegają sprawie zapalnéj do 4 roku życia; po 4 roku częściéj bywają zajęte dolne.

9. Najczęściéj ulega sprawie ropnego zapalenia staw kulszowy, potem kolanowy.

10. Na odnodze górnéj pierwsze miejsce co do częstości przypada stawowi łokciowemu.

11. Młodsze dzieci mają większą skłonność do ropnego zapalenia stawów: barkowego, nadgarstkowego i innych, aniżeli łokciowego, na zapalenie którego częściéj zapadają dzieci starsze.

12. Chłopcy posiadają większą skłonność do zapalenia stawów: łokciowego i nadgarstkowego, dziewczęta zaś barkowego, śródpięścia i palców ręki.

13. Prawa odnoga górna ulega częstszemu zajęciu aniżeli lewa.

14. Z stawów odnogi dolnéj kolanowy ulega częściéj ropnemu zapaleniu u chłopców, inne zaś stawy u dziewcząt.

15. Młodsi chłopcy i starsze dziewczęta więcéj mają skłonności do ropnego zapalenia stawów kolanowego i kulszowego.

16. Choroba ta jest nadzwyczaj rzadką u dzieci do końca 1 roku życia.

17. Do zapaleń stawu skokowego więcéj skłonności mają starsze dziewczęta; chłopcy starsi i młodsi jednako legają téj chorobie.

18. Ropne zapalenie stawów śródstopia i palców nóg częściéj wydarza się u dziewcząt starszych; wiek chłopców nie wpływa na tę skłonność.

19. Dzieci do 4 roku życia najczęściéj ulegają zapaleniu ropnemu stawów śródstopia i palców nóg.

20. Lewa odnoga dolna częściéj ulega ropnemu zapaleniu stawów, aniżeli prawa.

21. Z wyjątkiem stawu skokowego, wszystkie inne częściéj ulegają ropnemu zapaleniu na odnodze lewéj, aniżeli prawéj.

22. Prawy staw kulszowy częściéj ulega chorobie u dziewcząt.

23. Lewy staw kulszowy częściéj bywa zajęty u młodszych aniżeli starszych chłopców, u dziewcząt zachodzi stosunek odwrotny.

24. U chłopców prawy, u dziewcząt lewy staw kolanowy częściéj ulega ropnemu zapaleniu.

25. Do zapaleń stawu kolanowego prawego starsi chłopcy posiadają więcéj skłonności aniżeli starsze dziewczęta; skłonność do téj choroby w kolanie lewém jest większą u młodszych dziewcząt, aniżeli u młodszych chłopców.

26. Stawy skokowe częściéj bywają zajęte u dziewcząt.

27. Starsi chłopcy częściéj ulegają zajęciu stawu skokowego prawego, młodsze dziewczęta częściéj chorują na staw skokowy lewy.

28. Ropne zapalenie stawów stosu pacierzowego częściéj wydarza się u chłopców.

29. Najczęściéj choroba ta występuje między 1 a 8m rokiem życia.

30. Kręgi piersiowe najczęściéj ulegają sprawie zapalnéj stawów.

31. Górna część kręgosłupa częściéj ulega chorobie u dziewcząt, dolna u chłopców.

32. Stawy kręgów szyjowych częściéj bywają zajęte do 4 roku życia aniżeli potém.

33. Młodsi chłopcy mają najwięcéj skłonności do zajęcia stawów szyjowéj i lędźwiowéj części kręgosłupa, starsi — piersiowéj.

34. U dziewcząt z wiekiem skłonność do téj choroby wzmaga się.

35. Dolna część kręgosłupa częściéj ulega aniżeli górna.

36. Górna część kręgosłupa częściéj u dziewcząt bywa zajętą.

37. U młodszych dzieci częściéj zajęte bywają górne kręgi piersiowe, u starszych dolne. (Časopis lékařův českých Nr. Nr. 18, 19, 20, 21 i 22). *Dr. A. Kwaśnicki*

Prof. Ziemssen: **O sztucznem wydymaniu jelita grubego gazami w celach dyjagnostycznych.**

Z. wypełnia jelito grube gazem kwasu węglowego, wywiązującym się z mięszaniny sody i kwasu winowego, a doświadczył, że wydymanie sztuczne tego rodzaju może być częstokroć z korzyścią wyzyskane w rozmaitych celach. W licznych przypadkach pouczył go ten sposób badania o zmianach położenia, kształtu, rozciągliwości kiszki grubéj, o domykalności zastawki Bauchiniego, o związku bezpośrednim światła jelita, z innymi przestworami, narządami lub wolną powierzchnią ciała, jak niemniéj o zwężeniach i zamknięciu światła jelita czasem nawet o przyrodzie przeszkody w przesuwaniu kału. W celach leczniczych stosował go, gdy należało silnie pobudzić ruch robaczkowy, rozszerzyć zwężenia lub naprawić zmiany w położeniu i zwolnić zrosty jelita z innemi trzewami. We wszystkich tych przypadkach ma ten sposób leczenia pewną wyższość nad wypełnieniem jelita wodą, łatwiéj go bowiem zastosować i mało jest przypadków, w których bywa przeciwwskazanym. Postępowanie polega na tém, że wprowadziwszy rurę 15-centymetrową i gdy ją ustalono w położeniu chorego na grzbiecie przez ściśnięcie pośladków, wlewa się na 3 lub 4 zawody najprzód roczczyn z 20 gramów sody, a potém z 18 grm. kwasu winowego. Z takiéj mieszaniny wywiązuje się co najmniéj 5 litrów gazu. Kwas węglowy jest bardzo silnym bodźcem dla błony śluzowéj jelita i oprócz tego, że sprowadza wydatne kurczenie się jego błony mięsnéj, wydyma jelito nagle i dosyć znacznie, co stanowi znowu bodziec dla ruchu robaczkowego. Chcąc tedy uzyskać działanie wypróżniające, należy wlewać rozczyn sody z 10 lub 12 gramów i nieco mniéjszéj ilości kwasu winowego. Sposób ten okazał się nadto bardzo skutecznym w celu usunięcia zawad w jelicie. Łatwiéj bowiem dostaje się kwas węglowy poza zawadę, aniżeli większa ilość cieczy, a Z. doświadczał go z dobrym skutkiem w najrozmaitszych zmianach położenia jelita grubego, może on nawet być skutecznym w przypadkach zmian tego rodzaju w jelicie cienkiem, zwłaszcza wśród znieczulenia chloroformem. Przeciwwskazanie stanowi sprawa durzycowa lub gruźlica kiszek; w przypadkach owrzodzeń innego rodzaju, a nawet rakowatych nie doświadczył Z. nigdy złych następstw, a przedsiębiorąc doświadczenia na świeżych zwłokach, nie spostrzegł nigdy pęknięcia jelita zdrowego. Z korzyścią można używać tego sposobu leczenia w celu zwiotczenia lub rozerwania częściowych zrostów otrzewny, pozostających zazwyczaj po zapaleniu otrzewny w miejscu ograniczoném lub rozległém, po zapaleniach okołomacicznych i okątniczych; ból występuje prawie zawsze w tych przypadkach, lecz nigdy nie przychodzi do zapalenia. (*Wiener med. Woch.*, 1823, 29). *Dr. Schaitter.*

Schönfeld: **Przypadek choroby Thomsena.**

W rzędzie nielicznych dotąd w literaturze znanych przypadków téj rzadkiéj choroby (ob. Przegl. Lek. 1883, 12) jest niniejszy przypadek dziewiątym, a dotyczy dwudziestoletniego żołnierza. Jako przyczynę swego cierpienia podaje chory przestrach, którego doznał w chwili, gdy go pies ukąsił w lewą nogę przed 6 laty. W krótkim bowiem czasie po wygojeniu się rany zaczął się chory skarżyć na częste osłabienie odnóg dolnych. Po każdém dłuższém staniu lub wytężonéj pracy mógł chodzić zaledwie z wielką trudnością, a czasem nawet upadał na ziemię, nie tracąc przytém jednak nigdy przytomności. Od czasu wstąpienia do służby wojskowéj stan chorego pogorszył się znacznie. Teraz już codziennie, czasem po kilka nawet razy, upadał na ziemię, a w rękach spostrzegł pewną sztywność po każdéj znaczniejszéj pracy. Badanie chorego nie wykazuje żadnych zmian w narządach. Istnieją tylko zboczenia w sferze ruchu. Jeżeli się bowiem każe choremu stać spokojnie przez 10 minut, a następnie postąpić szybko kilka kroków, jest to dla niego prawie niemożebném. Jedynie tylko powoli i z wielkiém wytężeniem swych sił podnosi jednę nogę, zginając ją w stawie biodrowym i kolanowym pod kątem mniéj więcéj 120°, a następnie chwiejąc się ustawicznie na drugiéj nodze spuszcza ją na ziemię, nie wyprostowując jéj wcale we wspomnianych stawach. Teraz przy podnoszeniu drugiéj nogi, którą zgina tak samo jak poprzednią, upada zazwyczaj na ziemię i to najczęściéj na kolana i na ręce. Z ziemi podnieść się zdoła wprawdzie z bardzo wielką trudnością, zaledwie dopiero po 5 minutach. Jeżeli chory przy pierwszych swych krokach nie upadnie, to chód jego przedstawia pewne cechy. Chory, chwiejąc się ustawicznie, posuwa nogami zgiętemi w stawach we wspomniany sposób, a końce palców są znacznie na zewnątrz zwrócone tak, że wielkie palce włóczą się po ziemi, podobnie jak przy stwardnieniu sznurów bocznych rdzenia pacierzowego. Chód więc chorego czyni wrażenie, jak gdyby wszystkie mięśnie odnóg dolnych znajdowały się w stanie miernego kurczu, a przeważał równocześnie kurcz zginaczy. Po 10 do 12 krokach chód staje się lepszym chory może już nogi w stawach naprzemiau zginać i wyprostowywać, a po kilku dalszych krokach nie można już nogi w stawach naprzemian zginać i wyprostowywać, a po

kilku dalszych krokach nie można już nic nieprawidłowego w chodzie wykryć. Jeżeli chory dłuższy czas siedzi, to przychodzi mu z wielką trudnością z krzesła powstać. Przy ruchach bocznych czuje się mierny opór ustępujący zwolna przy dalszych ruchach.

Podobne objawy występują także w górnych odnogach. Ruchy palców są sztywne a ruchy ócz powolne. Mowa rozwlekła, szczególnie trudniejszych słów nie może chory szybko wymówić.

W przypadku tym więc istnieją wszystkie objawy cechujące chorobę Thomsena. (*Berl. klin. Wochenschrift* Nr. 27, 1883). *Dr. Prus.*

Wiadomości pomniejsze.

(J. P.) Bardzo skrzętne badania Godnewa nad **wpływem światła słonecznego na ustrój zwierzęcy** wykazały, że wszystkie tkaniny tak w żyjącym jak w martwym ustroju przepuszczają wszystkie rodzaje promieni słonecznych, a więc promienie ciepła, światła i chemiczne czyli pozafijołkowe. Pewną część tych promieni pochłaniają tkaniny, zatrzymując w sobie przez jakiś czas, a wreszcie oddają znów otoczeniu. Nadto odznaczają się wszystkie tkanki zdolnością zamieniania silnie łamiących promieni na słabiéj łamiące, a więc promienie światła zamieniają na promienie ciepła, a promienie chemiczne na promienie światła. Dalsze doświadczenia wykazały, że światło wywiera silny wpływ na życie ustroju. Robaki, kurczęta, młode kotki rozwijają się szybciéj i o wiele znaczniéj przybierają na wadze jeżeli żyją w świetle słoneczném a nie w ciemności. Natomiast zwierzęta głodzone tracą szybciéj na wadze i wcześniéj zdychają w świetle. U żab z przeciętemi nerwami pojawiają się ruchy w porażonych odnogach wcześniéj, jeżeli się je trzyma w świetle. U kurcząt i szczeniąt zabliźniały się sztucznie wywołane ubytki skóry wcześniéj w świetle niż w ciemności. U ludzi było wydzielanie moczu, mocznika, chlorków i fosforanów o wiele znaczniejsze wśród pobytu w świetle niż gdy przebywali w ciemności. Wydalanie kwasu węglowego, czynność serca i oddychania odbywały się energiczniéj w świetle; pod wpływem światła dziennego stawał się zmysł powonienia, zmysł smaku i dotyku delikatniejszym, podczas gdy słuch był tępszym, niż po długiém przebywaniu w ciemności. (*Centralbl. f. Nervenheilk.* 14, 1883).

(J. P.) **Morfinicę** leczy Erlenmeyer w przeciągu 6 do 12 dni powolném odzwyczajaniem chorego od używania morfinu. Z początku ujmuje się choremu połowę dawki dotychczas przez niego używanéj, a w ciągu leczenia powtarza się takie zmniejszenie o połowę jeszcze raz lub 2 razy. Gwałtowne objawy ze strony mózgu i rdzenia, jakie wywołuje nagłe wstrzymanie się od morfinu, tłumaczy Marmé wytwarzaniem się tlenku morfinu w ustroju po dłuższém używaniu tego leku. Tlenek bowiem morfinu, wstrzyknięty podskórnie zwierzętom, wywołuje podobne objawy zatrucia jak morfinica. Po nagłém odjęciu środka nastąpiłaby śmierć przez zatrucie tlenkiem morfinu, wśród powolnego zaś odzwyczajania nie wytwarza się zdaniem E. to tak szkodliwe połączenie. Odzwyczajanie chorego od morfinu jest zdaniem jego tylko wstępem do właściwego leczenia, które ma być skierowane przeciw głównéj chorobie. Statystyka morfinicy jakkolwiek nieliczna, zestawiona przez Obersteinera, wykazuje, ilu lekarzy jéj ulega. Wśród 194 przypadków morfinicy znajdowało się 51 kobiet (26,3%), a 143 mężczyzn (73,7%), między tymi zaś było 67 (46,9%) lekarzy. (*Centralblatt f. Nervenheilk.* 14, 1883).

IV. Urywki z dziejów ginekologii.

Napisał **Dr. M. Kohn** w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 29).

W dziełach Paulusa znajdujemy następujące uwagi nad zatrzymaniem miesiączki. Krew miesięczna może być zatrzymaną z powodu jakiejś nieprawidłowości w saméj macicy, z miejscowego zimna lub jakiegoś doznanego obrażenia lecz najczęściéj w skutek poronień lub w skutek zasłabnięcia jednego z ważniejszych organów, jak np. wątroby, która może chronicznie zasłabnąć. Zatrzymanie krwi miesięcznéj może być powodem wielu długotrwałych dolegliwości. Jeśli zatém zatrzymanie pochodzi z poprzedniego zasłabnięcia jakiegoś organu musimy najprzód zwrócić szczególniejszą naszą uwagę na zajęty organ a potém dopiero pomyśleć o macicy. Jeźli jednak nie ma żadnego znaku jakiegoś zewnętrznego obrażenia, to ztąd wynika, że macica jest siedzibą choroby. W tym przypadku należy najprzód uciec się do puszczenia krwi, a ilość téjże nie może wynosić więcéj niż $2^1/_2$ funta ani mniej niż 1 funt; puszczenie krwi nie powinno mieć miejsca przed zwykłym okresem miesiączki lecz 10 dni po tymże; pacyjentkę należy wtedy przeczyszczać za pomocą „*hiera*“. Po przeczyszczeniu trzeba zadawać środki wzmacniające a pacyjentka powinna używać dużo ruchu, odnogi dolne ciała należy dobrze nacierać. Najlepszemi środkami odżywczemi będą te, które są wilgotne i łatwe do strawienia. Zaleca się także zakładać ligatury na odnogach dolnych przez 3 lub 4 dni i zdjąć je bezpośrednio przed okresem miesiączkowym, w którymto czasie pacyjentka ma często zażywać myrhę. Gdy okres miesiączkowy przeminie trzeba otworzyć żyłę powyżéj kostek i upuścić krwi; dobrze także przykładać grzejące plastry na brzuch i lędzwie. Różne lekarstwa są podane, które należy stosować przez pochwę, włącznie z temi, które mają być podane za pomocą kadzenia.

Galen szeroko rozpisywał się o téj chorobie w różnych ustępach swego dzieła i wykazał w sposób zadowalający naturę środków emenagogicznych; lecz jego pisma są w tym względzie niższe od pism Aëtiusza, który postąpił naprzód o kilka doskonałych poglądów na ten przedmiot; niektóre z nich tutaj podamy.

Aëtiusz mówi, że niepłodne i ciężarne kobiety, również śpiewaczki i tancerki nie miewają czyszczeń miesięcznych; u ostatnich nadmiar krwi bywa spotrzebowany przez zbytnie ćwiczenie. Bezwątpienia jest prawdą, jak zauważa autor że te, które wiele ruchu i ćwiczenia używają, mniejsze mają odchody krwi niż kobiety prowadzące życie bezczynne. Czasem także powiada, tłusty lub bardzo szczupły ustrój sprawia zatrzymanie miesiączki, bo osoby tłuste mają mało krwi w żyłach, która się obraca na wytworzenie tłuszczu; dla tego téż rzadko zachodzą w ciążę lub gdy rodzą, potomstwo ich bywa nader nikłe. Miesiączka może także ustać w skutek choroby lub utraty krwi, przez nadmierną perspiracyję, wymioty, rozwolnienie lub wyrzuty skórne.

Leczenie Paulusa różni się co do przyczyn choroby. Zatrzymanie miesiączki sprowadza ociężałość, gnuśność, ból w lędźwiach, głowie, a szczególnie przy nasadzie oczu. Jeśli zatrzymanie pochodzi z gorącego temperamentu trzeba dawać choréj potrawy chłodzące i rozcieńczające jak sałata, ryby, drób, winogrona, ogórki itd. Jeźli choroba pochodzi z zimnego usposobienia twarz przybiera bladą ołowianą bar-

wę a mocz jest wodnisty, taka chora musi używać pokarmów i lekarstw rozgrzewających z wytrawném winem. Pesaryjów można używać lecz zbyt ostrych istot, jak elateryjum, kantarydy lub biały heleborus należy unikać, gdyż łatwo drażnią i sprowadzają zapalenie. Gdy brak miesiączki ma swą przyczynę w nadmiernéj tuszy, należy zarządzić rozcieńczającą dyjetę; ostrożnie zadane lawatywy mają często dobry skutek. Gdy chora jest wynędzniałą i osłabioną, trzeba ustrój cały wzmacniać ćwiczeniem i dyjetą. Gdy krwotok z nosa jest przyczyną braku miesiączki trzeba używać środków na poty i na wymioty.

Oribasius twierdzi, że puszczanie krwi wielką ulgę przynosi, bo służy do wydalenia krwi, któréj menstruacyja odprowadzić nie może. Lecz należy z tém czekać aż do zwykłego okresu miesiączki, a wtedy gdy krew miesięczna wcale lub bardzo mało się pokazuje, trzeba upuścić krwi w tym stopniu, ile tego okoliczności wymagają. U niektórych kobiet ten sposób postępowania przywraca czasem odpływ miesięczny, bo ustawiczny kierunek krwi ku niższym częściom ciała nadaje jéj wreszcie tendencyję ku téj drodze. Jednak powiada: „Tém postępowaniem przynoszę także ulgę kobie„tom w podeszłym wieku, które już od dawna nie mają mie„siączki, jeżeli czują się nie dobrze („*discomfort*“), bo ta metoda „jest nader skuteczną, jeśli tylko naśladuje naturalne wy„próżnienie. Zwykle uskuteczniam to za pomocą noża lub „czasem używam pijawek“.

Antyllus poleca między innemi środki hemagogiczne, diuretica i pobudzające pesaryja. Galen podaje bardzo zajmujący opis swéj metody pobudzania odpływu miesięcznego i przyczyny, jakiemi się powodował. Powiada on, że sprawy, które są zdolne zatrzymać lub pobudzać miesiączkę są analogiczne z temi, które równy wpływ wywierają na wydzielenie mleka, bo krew w żyłach zawarta zarówno jest źródłem krwi miesięcznéj jak i mleka. Jeżeli krew krąży bez przeszkody, dostarcza dostatecznego materyjału do obydwu tych produktów. Są żyły, które są wspólne piersiom i macicy, jak *vena mammaria externa* i *v. epigastrica.* Jeżli krew zdąża do jednéj z tych, druga staje się suchą. Lecz co do podawania leków mających uregulować obie te wydzieliny, musimy zauważyć, że odpływ maciczny wymaga czasem cieplejszych i potężniejszych czynników, bo żyły téj okolicy muszą być bardziéj otwarte niż żyły piersi, i krew w tamtych żyłach musi być płynniejszą, bo macica wcale się nie przyczynia do przypływu krwi; w rzeczywistości krew bywa wepchniętą w żyły macicy lecz tam nie bywa przyciąganą, podczas gdy z drugiéj strony krew do żył piersiowych bywa i wpychaną i przyciąganą. Dlatego, gdy krew dostatecznie nie dochodzi do piersi, lekarstwa w tym celu używane nie muszą być tak potężne i drastyczne jak te, które mają ułatwić odpływ miesięczny. Lekarstwa więc, które pobudzają wydzielenie mleka, mogą być skuteczne w zboczeniach miesiączkowych, lecz jeżli wydzielanie macicy (*uterine evacuation*) spotyka się z poważną przeszkodą lub zupełnie jest zatrzymane, należy uciec się do najsilniejszych środków.

Arabscy autorowie wielką zwracali uwagę na brak miesiączki, lecz panuje wielkie podobieństwo w ich opisach. Avicenna chwali ścisłe ligatury około lędźwi, puszczanie krwi z *v. saphena,* środki namiesięczne, jak *castoreum, myrrha.* Haly Abbas poleca kąpiele zawierające środki pobudzające, a także wewnętrznie takie środki, puszczanie krwi i stawianie baniek na lędźwiach. Alsaharavius wiele pisze o tym przedmiocie w ten sam prawie sposób co Aëtiusz. Aby ulżyć dolegliwości, które mają miejsce przed miesiączką, poleca letnie kąpiele, mierne ćwiczenie i rozcieńczające pożywienie. Rhazes i Eros polecają upuszczenie krwi przy kostkach, gorące kąpiele, nacierania i środki rozwalniające.

6. O krwotokach macicznych wiele znajdujemy zajmującego u dawnych autorów, szczególniéj gdy łatwo odkryć, iż byli bardzo dobrze obznajomieni z niektóremi z głównych zasad postępowania, jakiego dziś używamy. Niektórych tych zasad uczył Hipokrates i uważał je za dość ważne, aby je włączyć do swych aforyzmów. Kilka tutaj podamy:

„Jeżli chcesz zatrzymać miesiączkę u kobiety, stawiaj jak tylko można największe bańki na piersiach.“ Ten sposób postępowania zapewnie odnosił się do współczulnego stosunku między macicą a gruczołami mlecznemi, i w tém zapatrywaniu widzimy korzyść skierowania krwi ku piersiom w krwotoku macicznym po porodzie. Zwykle nowonarodzone dziecko przykłada się do piersi często z tym skutkiem, iż płyny kierują się ku téj okolicy.

„Jeżli kobieta nie jest w ciąży ani też nie porodziła, a posiada mleko, wtedy miesiączka jest zatrzymaną“. Galen jak już wspomnieliśmy i Theophilus zastanawiają się nad tą sprawą i dochodzą do przekonania, że to pochodzi ze związku naczyń między macicą a piersiami. Czy Hipokrates również tak myślał, nie wiadomo.

O tym samym przedmiocie Oribasius pisze, iż jest pewna przyrodzona sympatyja pomiędzy macicą a gruczołami mlecznemi, tak że gdy macica podczas ciąży się rozszerza, to i piersi nabrzmiewają a gdy macica dokończa rozwoju zarodka, piersi przygotowują mleko do odżywiania dziecka; następnie gdy krew miesięczna odchodzi, mleko się nie wydziela, a gdy mleko odchodzi, miesiączki nie ma. Podczas ustania miesiączki piersi zanikają i macica się kurczy, a gdy zarodek jest chory, również macica i piersi zanikają. Dla tego, gdy piersi podczas ciąży się kurczą, przepowiedzieć można płód potworny.

Paulus opisuje krwotok w ten sposób: nadmierne odpływy krwi mają czasem miejsce u kobiet w skutek zatrzymania czyszczeń, które potém tém obficiéj następują; czasem zaś po porodach ustają dobrowolnie; często zaś po złych porodach a wtedy silny krwotok może się stać niebezpiecznym. Wtedy należy zakładać ligatury na członkach około dołka pachowego i koło części rodnych zewnętrznych. Również trzeba wprowadzać do pochwy takie środki, które służą do zatrzymania krwotoku, jak sok z hypocystis lub akacyi z octem. Skutecznem jest użycie gąbki wymoczonéj w winie lub płynnéj smole, lub popiołu z gąbki lub korka, a powierzchownie środki ściągające. Krążki zawierające sproszkawane galasówki lub rozmaryn często wstrzymują krwotok. Autor opisuje także rozmaite wstrzykiwania maciczne strzykawką. Wielu dawnych autorów rozumiało przez macicę cały kanał rodny i ztąd zachodzi pytanie, czy przytoczeni autorowie, którzy mieli zalecać wstrzykiwania maciczne, rozumieli rzeczywiście sposób postępowania dziś używany, czy też tylko po prostu wstrzykiwania pochwowe. Aëtiusz wiele pisał o tym przedmiocie, również Paulus, który się od niego mało różni. Aëtiusz potępia jednak stosowania rzeczy chłodnych na gąbce, jako szkodzących macicy.

Galen, Oribasius, Actuariusz, Soranus i Moschion podają te same szczegóły, jakie powyżéj przytoczyliśmy.

Octavius Horatianus poleca użycie waporów z materyj ściągających i środki krew tamujące na gąbce i wacie.

Rhazes proponuje wenesekcyję, środki ściągające, bańki

stawiane na piersiach i wypychanie pochwy watą zawierającą rozczyn, mięszaninę z galusówek, antymonu, akacyi, ałunu itd. Radzi także krążki *cum escharoticis* a w krwotoku *post partum* zimne adstringentia przykładane do odnóg dolnych. Haly Abbas zauważa, że krwotoki maciczne czasem pochodzą z przepełnienia *(plethora)* całego ustroju, a w tym razie radzi upuścić krwi. Jeżli to się łączy z cieńkością, rzadkością krwi, poleca pożywienie tłuste. Serapion i Alsaharavius podobnemi środkami się posługują.

Avicenna jest najdoskonalszym autorem arabskim (z piszących o krwotokach macicznych). Tak, jak Haly Abbas twierdzi, że one pochodzą czasem z przepełnienia i poleca środki przeczyszczające i upuszczenie krwi. Jeśli ma miejsce słabość (*debility)* radzi środki ściągające. Jeżli przyczyną są wrzody, chwali połączenie środków, jakiemi są *aglutinantia, adstringentia* i *narcotica.* Czasem przepisuje opium, przyjmuje więc sposób postępowania nowszy.

Starożytni doskonale znali wpływ położenia, aby zatrzymać krwotok. Jestto przedmiot, który także w nowszych czasach ściągnął na siebie szczególniejszą uwagę. Nie ulega bowiem wątpliwości, iż krwotok żadnemi sposobami wstrzymać się nie da, jeżli chora jest w położeniu pionowém, co pozwala, aby macica się zwieszała; koniecznym jest spokój i położenie poziome. W niektórych przypadkach i to nie pomaga a krwotok trwa pomimo zimnych środków ściągających i pomimo ergotyny itd. W obec tych okoliczności położenie wskazane przez Hipokratesa, Antylusa i innych dawnych autorów, aby mianowicie nogi były wyżéj niż głowa, rzadko pozostaje bez żądanego skutku. (C. d. n.)

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Komisyja sanitarna krakowska odbyła w dniu 20 b. m. pod przewodnictwem Prezydenta miasta Dra Weigla posiedzenie, na którém po załatwieniu drobnych spraw bieżących fizyk miejski Dr. Buszek podał do wiadomości, iż obecnie nie panuje w Krakowie epidemicznie żadna choroba zakaźna, że dotąd zaszczepiono kosztem gminy dwa razy więcéj dzieci niż w roku ubiegłym i że ostry nieżyt żołądka i jelit w tym roku dotąd o wiele mniéj pochłonął ofiar, niż w latach dawniejszych. R. m. Dr. Domański zwrócił przy téj sposobności uwagę, iż ta zmiana na lepsze jest w znacznéj części owocem pouczania ludności odpowiedniemi obwieszczeniami i radzi wytrwać na téj drodze jako praktycznéj. Fizyk miejski odczytał reskrypt Namiestnictwa do wszystkich starostw w kraju i prezydentów Krakowa i Lwowa w sprawie cholery. Uznanie, jakie w tém piśmie wyraziła najwyższa władza rządowa w kraju działaniu komisyi sanitarnéj, powinno być dla komisyi zachętą do wytrwania na drodze obranéj i niezrażania się żadnemi przeciwnościami na polu reform sanitarnych w mieście Krakowie. Fizyk miejski podał wykaz kroków zarządzonych przez magistrat celem sprowadzenia jak najkorzystniejszych warunków sanitarnych dla miasta w razie pojawienia się cholery, nad czém wywiązała się żywa dyskusyja. Prezydent miasta wniósł, by do kontroli czynności magistratu z powodu obawy cholery wyznaczyć radzców miejskich do komisyi sanitarnéj należących, (t. j. Drów Domańskiego, Jordana, Pareńskiego i Warschauera) a r. m. Dr. Domański, aby komisyja sanitarna rozpatrzyła się w tém, co magistrat zarządził i postarała się o uzupełnienie w razie potrzeby zarządzeń magistratu. Wniosek Prezydenta miasta przyjęto jednomyślnie a referat w sprawie kroków przez magistrat już zarządzonych jak i w przyszłości zarządzić się mających, poruczono r. m. Drowi Domańskiemu. Następnie odczytał Dr. Obaliński swój referat w sprawie uregulowania ratunku w mieście Krakowie w przypadkach nagłych dla zdrowia i życia niebezpiecznych. poruczony sobie przez komisyją sanitarną w myśl uchwały Rady miejskiéj. W referacie tym podał ogólne zasady urządzenia téj ważnéj sprawy. Pracę tę gruntowną przyjęto z uznaniem dla referenta, uchwalono autografować celem dokładnego zastanowienia się nad nią, i poczynienia w razie potrzeby uwag odpowiednich, których następnie użyje w miarę swego uznania prof. Obaliński do opracowania szczegółowego projektu regulacyjnego ratunek w przypadkach nagłych przed przyjściem lekarza.

* Od Inspektora szpitali krajowych otrzymaliśmy dokument następującéj treści:

Szanowna Redakcyjo!

Mam zaszczyt przesłać kopiję raportu mego do Wydziału krajowego z d. 20 marca 1883, L. 13.981, o stanie zakładu p. Kubickiego dla „Regeneracyi krowianki,“ we Lwowie.

Zakład ten znajduje się przy ul. Łyczakowskiéj l. 7, a urządzenie jego daje gwarancyję, że produkowana krowianka będzie dobra, że dostawa będzie regularna, a prowadzący zakład wywiąże się należycie z przyjętych na siebie obowiązków.

Dotychczas, pomimo że czas umówiony nie nastąpił jeszcze, wysłał zakład do różnych starostw na ich żądanie 250 podwójnych kostek, dokładnie pokrytych limfą, w któréj nie znalazłem nawet śladu krwi.

W kancelaryi są trzy książki, dające zupełną możność skontrolowania czynności zakładu w każdéj chwili a mianowicie: 1. Księga szczepień i zbioru, z któréj można widzieć, kiedy każda jałówka była zaszczepiona, w wielu miejscach, a nareszcie wiele otrzymano krost napełnionych krowianką. Każda jałówka w przecięciu daje 50 kostek, bo używa się tylko téj limfy, którą można otrzymać bez uciskania krosty za pomocą szczypczyków. 2. Księga doręczeń, z któréj widać ile przesłano, kiedy i dokąd, a także z jakiego zbioru. Przesyłki uskuteczniają się przez c. k. Namiestnictwo. 3. Księga, zawierająca konto każdego starostwa; z niéj można widzieć ile kostek posłano do starostwa, a ile ich ztamtąd po zużyciu limfy odesłano.

Stajenka w któréj p. Kubicki trzyma jałówki do szczepienia przeznaczone jest jasna; ma 64 metry kwadratowe przestrzeni, a dwa i pół metry wysokości, tak że bardzo wygodnie pomieścić może trzy jałówki i skład pożywienia dla nich. Stajenkę tę wyczyszczono i odnowiono zupełnie przed otwarciem zakładu. Podłoga składa się z warstwy niegaszonego wapna, zmięszanego z miałem węgla kamiennego, a na tém dopiero znajdują się legarki i deski, ułożone w taki sposób, że odpływ wszystkich nieczystości płynnych jest bardzo łatwy. Ściany są otynkowane, drzwi i okna zamykają się szczelnie, tak że przeciągów żadnych nie ma. Czystość w stajence wzorowa. Osobno najęty człowiek ma ciągły dozór nad zaszczepionemi zwierzętami.

Każdą jałówkę przed zaszczepieniem bada p. weterynarz co do stanu zdrowia, za pomocą opukiwania, osłuchiwania i mierzenia ciepłoty. Zaszczepia się zwykle 10—12 miejsc na przestrzeni około wymion. Do szczepienia używają się jałówki nie młodsze nad $1/2$ i nie starsze nad $1\,1/2$ roku. Dotychczas było szczepionych 8 jałówek. Krowianka dojrzewa zwykle piątego dnia (w zimie nieco późniéj).

Krowiankę każdego zbioru utrzymuje się w osobnym (szklanym) numerowanym słoju, tak że można sprawdzić z jakiego słoju wyjętą jest kostka. Na każdéj kostce jest znak zakładu. Kostki dawne, niezużyte bywają zmywane. Narzędzia do szczepienia (używane tylko do tego celu) po każdém szczepieniu obmywa się w wodzie karbolowéj, a następnie w czystéj letniéj wodzie. W stajence jest łóżko do szczepienia i zbierania krowianki, bardzo praktycznie, według pomysłu p. Kubickiego urządzone, tak że zbiór jest łatwy, a zwierzę leżąc na pasach nie cierpi i nie wala się w gnoju w czasie operacyi.

Obok stajenki jest ogródek, w którym w czasie lata będzie szczepić przynoszone dzieci wspólnik p. Kubickiego, lekarz miejski Dr. Antoni Pawlikowski, w urządzonéj tam altance.

Oprócz kostek pojedynczych i podwójnych można w zakładzie dostać rurki napełnione limfą tak długie, że zatapianie końców rurki nie psuje krowianki.

Słoje z kostkami przygotowanemi przed przesyłką do starostw przechowują się w piwniczce suchéj, ciemnéj, mającéj +6—8°R. Słoje te są zanurzone w piasku w skrzynce szczelnie zamykającéj się i stojącéj na kozłach tak, że wilgoć do nich przystępu mieć nie może.

Przed wysłaniem kostek, jedna z każdego słoju, bez wyboru, próbuje się na dzieciach miejskich przez p. Dra Pawli -

kowskiego, wtedy tylko jeżeli limfa przyjęła się dobrze, uskutecznia się wysyłka do starostw.

Z tego przedstawienia Wys Wydział krajowy poweźmie przekonanie, że zakład jest należycie urządzony i że jest wszelka pewność, że wyprze z kraju krowiankę sprowadzaną ze Styryi, ze Szląska i Wiednia, bo daje więcéj gwarancyi, że jest zupełnie czystą i zebraną z zachowaniem wszelkich ostrożności.

Dr. Jan Stella-Sawicki, Inspektor szpitali.

P. S. W ostatnim czasie było kilka skarg, że krowianka przysyłana z zakładu p. Kubickiego nie przyjęła się; doniesienia jednak z innych miejsc dokąd były posyłane kostki jednocześnie i z tegoż samego zbioru, mówiły inaczéj, a mianowicie z największą pochwałą. Objaśnić tego zjawiska nie umiem; potrzeba jednak zwrócić uwagę, czy wina nie leży w sposobie przechowywania krowianki po odebraniu jéj z poczty.

* Cholera. Według sprawozdania prof. Draschego, zajmującego się oddawna epidemijologiją cholery, umarło w pierwszych trzech tygodniach w Damiecie na 36.000 mieszkańców 1700, a więc 5% całéj ludności, co dowodzi wielkiéj zjadliwości tegorocznéj epidemii. Zaraza ogarnia dotąd przeważnie deltę Nilową a z wyjątkiem miejscowości El Arisch, należącéj już do Syryi, dotychczas nieprzekroczyła granic Egiptu. Ponieważ nadto w ostatnich dniach posuwa się ku Egiptowi górnemu, a z wyjątkiem kilku przypadków, które się zdarzyły w Aleksandryi, dotąd porty morza Śródziemnego są wolne, więc na teraz jeszcze nie zanosi się na inwazyję Europy.

O Według sprawozdania złożonego przez Ministra robót publicznych Akademii lekarskiéj w Paryżu istnieje we Francyi 1027 zdrojów, z tych jest 357 alkalicznych, 318 siarczanych, 215 słonych, a 136 żelaznych. Co do ciepłoty to 641 zalicza się do ciepłych (+ 15°C.) reszta do zimnych zdrojów. Najwięcéj zdrojów posiadają dep. Puy-de-Dôme (94), Ardennes (77), Vosges (76). Arieche i Pyrenées Orientales (69) i Haute Pyrenées (64). Najliczniej odwiedzane w r. zeszłym były zdroje dep. Hautes Pyrenées (44.476) daléj Puy de Dôme (18.619). Ilość wypływu wody ze źródeł oceniają na 2275 litrów w minucie.

* Liczba lekarzy w Stanach Zjednoczonych Ameryki wynosiła w 1880 roku 85.671, do których wliczono 2432 lekarzy kobiet.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 8—14 lipca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 28,6. Z krztuśca umarło 1 (0 z. t.); z odry 0 (2 z. t.); z płonicy 0 (1 z. t.); z błonicy 0 (1 z. t.); z gorączki połogowéj 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 4ch przypadkach odry, 7 płonicy, 1 krztuśca, 4 błonicy, 2 duru brzusznego, 5 czerwonki. W tygodniu od 1—7 lipca umarło 7 w Londynie z ospy, leczyło się w szpitalach 78, świeżo zapadło 10. W Nowym Orleanie umarło 44, w Madrasie 26, w Roterdamie i Petersburgu po 8, w Pradze 6, w Maladze i St. Louis po 5, w Warszawie i Aleksandryi po 2.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 1—7 lipca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 30,1; w Warszawie 38,1; w Poznaniu 40,4; w Wiedniu 27,9; w Budapeszcie 37,0; w Pradze 36,3; w Berlinie 67,0; w Wrocławiu 45,8; w Gdańsku 20,9; w Muichowie 33,8; w Kolonii 44,4; w Dreźnie 34,9; w Lipsku 35,7; w Bazylei 19,2; w Brukseli 24,4; w Amsterdamie 23,5; w Hadze 24,3; w Londynie 20,1; w Kopenhadze 28,4; w Stokholmie 21,5; w Chrystyjanii 17,5; w Petersburgu 28,4 w Wenecyi 24.3; w Bukareszcie 28,6; w Lizbonie 24,5; w Aleksandryi 49.3; w Nowym Jorku 23,7; w Filadelfii 23.7; w Madrasie 33,1.

J. B.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 26 lipca. Ostatnie telegramy z Kairu przekonują, że chociaż cholera nie przekroczyła granic Egiptu, charakter jednak téj epidemii jest bardzo złośliwy. Urzędowe dzienniki wszystkich państw europejskich, posiadających morskie wybrzeża, ogłaszają rządowe rozporządzenia, zmierzające ku przeszkodzeniu przeniesienia się zarazy z nad Nilu na ląd europejski. Pomimo zdyskredytowania się skuteczności kwarantany, trudno znowu zgodzić się z zdaniem tych, którzy uważają ten środek za rzecz zupełnie zbyteczną. Natomiast byłby to błąd nie do pojęcia, gdyby rządowe zabiegi skończyły się na rozściągnięciu kordonu sanitarnego, gdyby społeczeństwo i władze gminne nie chwyciwszy się środków stokroć skuteczniejszych, poprzestały na obfitszém okadzaniu się karbolem, kamforą itd. Dotychczasowe doświadczenie pouczyło, że cholera, tak jak każda inna choroba zakaźna, szerzy się przeważnie w okolicach i dzielnicach niezdrowych, przez ludność ubogą i zaniedbującą się zamieszkałych; tam gdzie złe warunki higijeniczne podkopały wytrzymałość fizyjologiczną (więzienia, koszary, szpitale, fabryki, przytuliska itd.) tam najwięcéj ofiar zabiera epidemija. Fakt ten powinien przekonać każdego, w jakim kierunku należy poprowadzić nasze zabiegi, ażeby skutecznie położyć tamę postępowi zarazy; obok kordonu sanitarnego, strzegącego zagrożonych granic państwa, każdy obywatel powinien otoczyć się, że się tak wyrazimy pasem aseptycznym, polegającym na nader prostych, ale i nader ważnych kardynalnych podstawach: czystości mieszkania i powietrza, dobrych własnościach wody i materyjałów spożywczych. Dla Komisyi sanitarnéj krakowskiéj nadeszła nadzwyczaj ważna chwila, będzie ona mogła zamienić w czyn wiele z swych projektów, które niezrażona od lat kilku bezskutecznie przedstawia. Może pod psychicznym wpływem telegramów z Damiety i Kairu prędzéj ockną się decydujące w tych sprawach sfery, które w obec nawoływań Komisyi sanitarnéj okazały taki nadmiar zimnéj krwi i mahometańskiéj rezygnacyi. Nie spuszczajmy się na nadchodzącą porę zimową, gdyż przebieg epidemii r. 1830 udowodnił, że cholera i zimą srożyć się potrafi, jak również znane są fakta, że zasiew przeszłoroczny wydał owoc podczas następnego lata. Jeśli zaś jesteśmy tak szczęśliwi, że jeszcze mamy czas do wykonania środków ochronnych, to korzystajmy z niego, przekonani w mądrości zasady, która w tym przypadku znajduje szczególne zastósowanie: *si vis pacem para bellum.*

* Do wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie przystąpili w ostatnich czasach jako członkowie: Dr. Smoleński Stanisław z Jaworza, Drnd. med. Galiński Edward i Sołowij Adam z Krakowa, zaś jako prenumerator Biblijoteka uczniów polskich w Berlinie.

* Dowiadujemy się, że Dr. Konstanty Heumann, krakowianin, starszy lekarz sztabowy i kierownik tutejszego szpitala garnizonowego udaje się do Pesztu, aby tamże zająć wyższe stanowisko. Towarzystwo lek. traci w Nim jednego z członków czynnych, biorących chętny udział w sprawach Towarzystwa, a uczniowie medycyny, odsługujący w tutejszym szpitalu służbę jednorocznych ochotników, zacnego i wyrozumiałego przełożonego.

* Pan Adam Ułanowski wychowaniec Uniwersytetu Jagiellońskiego udał się na Kaukaz w celu uskutecznienia badań naukowo-przyrodniczych.

* Prof. Uffelmann zastanawiając się nad teoryją zaraźliwości suchot płucnych przypomina w *Berliner klin. Wochenschrift* z 11 czerwca dekret rządu neapolitańskiego z r. 1782, który obowiązywał lekarzy do donoszenia o każdym przypadku suchot pod karą 300 dukatów grzywny, a w razie ponownego nieposłuszeństwa skazywał winnych na wieczne wygnanie z kraju. Chorzy ubodzy niezwłocznie mieli być przenoszeni do szpitala, gdzie byli odosobnieni, przebywający zaś w mieszkaniach własnych winni byli poddać spisowi swoje ubranie, ażeby po śmierci mogło być skontrolowane przez władzę; zatajenie pociągało za sobą karę więzienia, a nawet robót przymusowych. Ubranie niepodejrzane miało być poddane oczyszczeniu; podejrzane — spaloném. Po śmierci suchotnika władza brała na siebie obowiązek wytynkowania ścian jego mieszkania, odnowienia podłogi i sufitu; odrzwia i obramowania okien miały być palone. Mieszkanie po suchotniku dopiero po roku mogło być zajętém. Dekret ten obowiązywał do r. 1848, potém o nim zapomniano. Podobne przepisy obowiązywały w Wenecyi i Portugalii.

* Z wykazu przedstawionego angielskiemu parlamentowi dowiadujemy się, że w r. 1882 tylko 52 uczonym pozwolono odbyć doświadczenia na żywych zwierzętach w Anglii; 14 z 52 niekorzystało z tego pozwolenia. W Irlandyi w ciągu tego roku niewykonano żadnego doświadczenia na zwierzętach. (*Brit. med. Journ.*, 9 czerwca).

* Według nadesłanych nam wykazów w Krynicy do d. 16go lipca było gości 1811, w Szczawnicy osób 1501, w Cieplicach czeskich do 16 lipca 5782, w Luhaczowicach 833, w Giesshüblu 161.

* **Wiedeń** d. 21 lipca (*Koresp. orygin.*). Budowa zakładu patologicznego postępuje zwolna bardzo, ale jest nadzieja, że do października przecież będzie ukończoną, a wtedy nietylko pracujący w Zakładzie będą wolni od ustawicznego stuku i zanieczyszczenia korytarzy rumowiskiem, ale poszczególne zakłady cieszyć się będą wygodą, o jakiej dawniéj nie marzyły nawet. Tak np. powiększy się zakład prof. Ludwiga dwoma pokojami prof. Hofmanna, a ostatni otrzyma natomiast dwie duże sale widne, przylegające do dawnéj sali wykładowéj anatomii patologicznéj, która to sala ogromna odtąd służyć będzie do pomieszczenia zbiorów sądowolekarskich. Sala sekcyjna, tak dla anatomii patologicznéj jak dla medycyny sądowéj, są okazalemi w całém słowa znaczeniu, a przypatrując się tym salom i ich urządzeniu mimowoli rumienić się musimy na przypomnienie, w jakich warunkach u nas pracować musimy. Cóż dopiero powiedzieć o materyjale tutejszym? Przedwczoraj rano byłem przy 8 sekcyjach, robionych przez prof. Hofmanna, a wczoraj było ich 11, rozumie się, że pomiędzy niemi kilka ciekawszych. Uderzającą jest rzeczą, jak częstemi są przypadki śmierci nagłéj z tłuszczowego zwyrodnienia serca. — Wczoraj odbyła się rozprawa ostateczna przed trybunałem przysięgłych przeciw owemu młodemu człowiekowi, który przed miesiącem dopuścił się był zgwałcenia i morderstwa na pani Boheim. Nawiasowo dodam, że zaraz podczas sekcyi, odbytéj w dzień po śmierci téj niewiasty, wykryto w zakładzie sądowolekarskim plemniki w śluzie pochwowym, tak że nie było wątpliwości, że denatka przed śmiercią spółkowała. Obwiniony przyznał się zresztą do wszystkiego; przysięgli atoli nie mogli nabyć przekonania o morderstwie, lecz uznali sprawcę winnym zgwałcenia połączonego ze śmiercią ofiary, w skutek czego Sąd skazał go na 20 lat ciężkiego więzienia. — Dziś zbiera się ponownie Najwyższa Rada sanitarna w sprawie cholery: po posiedzeniu wielu członków wydala się z Wiednia korzystając z wakacyj.

* **Paryż**. Minister handlu delegował znanego badacza cholery na dalekim Wschodzie Dra P r o u s t a do inspekcyi nad poleconemi przez rząd zarządzeniami w szpitalach, zakładach leczniczych, jak również w portach morza Śródziemnego, mających na celu zapobieżenie przeniesieniu cholery do Francyi.

Rada miasta Paryża uchwaliła wezwać swego burmistrza do wystawienia na cmentarzach Paryża trzech pieców, mających służyć do palenia zwłok w takim razie, jeśli epidemija cholerycza nawiedzi stolicę Francyi.

* **Rosyja**. Prawo ograniczające liczbę studentów na Wydziale lekarskim w Moskwie zostało utrzymane na przyszły rok szkolny. Słuchaczów pierwszego kursu ma być ograniczona liczba 250, na kursa następne żaden nowy słuchacz przyjęty nie będzie.

W rozkładzie wykładów ogłoszonym w Dorpacie zamieszczono pierwszy raz k l i n i k ę d e n t y s t y c z n ą, któréj kierownictwo poruczono p. W i t a s - R h o d e.

Prawitielstwiennyj Wiestnik (z 24 czerwca) ogłasza zarządzenia polecone przez ministra spraw wewnętrznych, w celu zapobieżenia możebnemu przeniesieniu zarazy cholerycznéj z Egiptu do portów południowych cesarstwa: 1) okręty przybywające z Egiptu i wybrzeży mórz Śródziemnego i Czarnego, które nie będą posiadać „czystych patentów“ odbywać mają 7-dniową kwarantanę; 2) zawiesza się wydawanie paszportów tym rosyjskim poddanym wyznania mohometańskiego, którzy zechcieliby udać się na pielgrzymkę do Meki; 3) nakazuje się okrętom wiozącym deportowanych do wschodniéj Syberyi nie wstępować do portów egipskich, nawiedzonych cholerą; 4) towarzystwom żeglugi na morzach Czarném i Śródziemném polecono mieć lekarza na każdym okręcie.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń**. Na ostatniém posiedzeniu Wydziału lek. z d. 14 bm. odczytano pismo prof. Arlta, w którém prosi o przedstawienie jednego z byłych swoich asystentów na prof. nadzw. Wydział nie uznał nagłości sprawy a rozprawy nad nią odłożył do następnego półrocza. — **Klausenburg**. Nadzw. prof. chemii fizyjol. i patol. Dr. O s s i k o v s z k y mianowany został profesorem zwyczajnym.

* **Mianowania i odznaczenia. Marsylija**. Dr. Czernicki, lekarz I klasy szpitala wojskowego w Marsylii mianowany został sekretarzem Rady sanitarnéj ministerstwa wojny i dyrektorem statystyki lekarskiéj wojska francuskiego. — **Kijów**. Rada uniwersytecka zatwierdziła wybór Wydziału lekarskiego Dra B o r n h a u p t a na profesora chirurgii i kierownika kliniki szpitalnéj, Dra R e i n a na profesora położnictwa i chorób niewieścich.

* **Nekrologija**. W Hyères umarł Dr. K a s t u s dawniejszy wydawca dziennika *Lyon medical*; w Tuluzie umarł Dr. F i l h o l dyrektor szkoły lekarskiéj w tém mieście; w Padwie umarł znany anatom P a c i n i.

Piśmiennictwo lekarskie. Słownik lekarzów polskich ułożył S. Kośmiński. Warszawa, 1883, Zeszyt II.

Drugi zeszyt Słownika Dra Kośmińskiego obejmuje dokończenie litery H. i doprowadzony jest do połowy litery M. Te słowa uznania, jakie wypowiedzieliśmy (Przegląd Lekarski Nr. 16 b. r.) po ukazaniu się I zeszytu powtórzyć moglibyśmy w całości; opracowanie II zeszytu w niczém nie ustępuje zeszytowi pierwszemu. Drowi Kośmińskiemu należy się wdzięczność, że o ile potrafił być cierpliwym i długie lata poświęcił na zbieranie materyjału, o tyle dziś, kiedy uznał, że materyjał ten jest dostateczny, ażeby z nim stanąć przed publicznością lekarską, nie zwleka często niestety u nas praktykowanym zwyczajem, lecz w kwartał po pierwszym wydał zeszyt drugi. Słownik Dra Kośmińskiego jest nieocenionym nabytkiem lekarskiéj literatury polskiéj. *A. K.*

Σ. Z piątego rocznego sprawozdania Zakładu leczniczego dla ubogich chorych na oczy w Poznaniu, pozostającego pod dyrekcyją Dra B. W i c h e r k i e w i c z a wyczytujemy, że zakład ten rozwija się nader pomyślnie w ciągu swego pięcioletniego istnienia. Subwencyję dla zakładu, który pierwotnie dość długo o własnych siłach utrzymywać się musiał, podniósł sejm do czterech tysięcy marek rocznie, nakładając obowiązek utrzymywania co najmniéj 100 chorych. Mimo leniwie napływających składek na rzecz tak dobroczynnéj instytucyi, można było utrzymać w niéj w ciągu roku 1882 chorych 162, co czyni 4.054 dni leczenia i utrzymania bezpłatnego; licząc dzień leczenia po 1 m. 25 fen., wynosiły koszta leczenia 5067,50 mk., z czego łatwo przekonać się można, że zasiłek udzielony przez sejm nie czyni Dyrekcyi zakładu niezależną w obec wymagań ubogiéj a coraz chętniéj napływającéj publiczności. O wzroście zakładu przekonywa najdobitniéj załączona tablica porównawcza, z któréj dowiadujemy się, że gdy w roku 1878 i 1879 zakład mieścił się w 7miu pokojach teraz zajmuje ich 18 z 46 łóżkami. Ilość chorych leczonych w ogóle wynosiła 2.971, (z tych 462 przyjęto do zakładu); ilość dni pobytu w zakładzie wynosiła 10.743; ilość operacyj wykonanych 369; dochód *a)* z wpłat na lekarstwa, stół i mieszkanie 8.786 mk. *b)* ze składek dobrowolnych i subwencyi 5.646 mk.; rozchody zaś 14.050 mk. Trudno w niniejszéj krótkiéj wzmiance wspominać obszerniéj o licznych uwagach, wiadomościach klinicznych i staranném zestawieniu statystyczném tak chorób leczonych jak operacyj, wykonanych w ciągu roku 1882, ograniczając się jedynie na przytoczeniu, że na 369 operacyj wykonano 343 z dobrym, 21 z miernym skutkiem a tylko w 4 przypadkach zabieg operacyjny nie osiągnął rezultatu, odsyłamy więcéj tą sprawą się zajmujących już to do samego sprawozdania, już téż to do ostatniego rocznika czasopisma *Centralblatt für pract. Augenheilkunde*, w którém dyrektor zakładu umieszczał swoje spostrzeżenia kliniczne czynione w ciągu ubiegłego roku.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 29: B i e l i ń s k i e g o: O objawach fizyjologicznych życia płciowego u włościanek okręgu górniczego Chołunickiego (dok.); — W *Gazecie Lek.* Nr. 29: I. G e p n e r a: Spostrzeżenia i notatki kazuistyczne z instytutu oftalmicznego; 1. Zapalenie samoistne tęczy i ciała rzęskowego w oku lewém, następcze zajęcie sympatyczne oka prawego, zrośnięcie źrenic i zaćma torebkowa w obu oczach. Przywrócenie wzrokudrogą operacyjną. — II. W i n a w e r a: Wrzód dyfterytyczny łącznicy.

Redakcyja otrzymała:

Wydawnictwo Gazety Lekarskiéj. F a r m a k o l o g i j a napisana przez profesorów: Nothnagela i Rosbacha, przekład z IV wydania z upoważnienia autorów dokonany staraniem współwłaścicieli Gazety Lekarskiéj. Warszawa 1883 r.

Dr. JAWORSKI Walery: Magenaspirator, zugleich continuirlicher Magenirrigationsapparat in Verbindung mit der Sonde „à double courant.“ Odbitka z *Deutsches Archiv für. klin. Medicin.*

Dr. KOŚMIŃSKI Stanisław: Słownik lekarzów polskich. Warszawa 1883. Zeszyt II.

W zastępstwie redaktora: **Dr. A. Kwaśnicki.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 4 sierpnia 1883. Nr 31. Rok XXII.

I. Wykład habilitacyjny Dra W. Jaworskiego. O powstawaniu i rozpoznawaniu rozstrzeni żałądka.

I. Uwagi wstępne.

Zmienna pojemność żołądka wynika tak z jego budowy anatomicznéj, mianowicie z ułożenia i przebiegu włókien mięsnych, jakotéż i z jego funkcyi mechanicznéj, przypominającéj najwięcéj czynność pęcherza moczowego. Pojemność żołądka może się zmienić albo w kierunku dodatnim, jako rozszerzenie żołądka, i to niekiedy do tego stopnia, że tenże mieścić może 8 litrów cieczy, a w nadzwyczajnych przypadkach, jaki podaje Audhui w najnowszém swém dziele o chorobach żołądka, 49 litrów; albo w kierunku ujemnym najczęściéj jako marskość żołądka i to tak znacznie, że żołądek zaledwie kurze jajo pomieścić może. Żołądek taki obserwował w ostatnich czasach Nothnagel w Jenie, porównując jego pojemność z wielkością miernéj gruszki. Jednak we fizyjologicznych granicach pojemność żołądka u różnych ludzi jest bardzo różną. Prawidłową pojemność żołądka, mierzoną na zwłokach przez wlewanie wody, ocenia Soemmering na $2\frac{1}{2}$—5 litrów, Brinton jako przeciętną pojemność przyjmuje 3130cm. sz., anatom zaś petersburgski, Lesshaft, który zeszłego roku ogłosił swe spostrzeżenia pod tym względem, wyraża się w ten sposób: „powtarzam, że wielkość żołądka może być bardzo różną według przyzwyczajenia i jakości pokarmów“. Pragnąc ocenić pojemność prawidłowego żołądka na żywym człowieku próbowali niektórzy autorowie oznaczyć ją przez wlewanie wody do żołądka według Schlieppa, aż do wystąpienia nieprzyjemnego uczucia, a według Audhui tak długo, aż się sonda, służąca do wlewania, nią nie napełni; podczas gdy ja w kilku przypadkach starałem się to samo uskutecznić przez wprowadzenie gazów pod ciśnieniem słupa wodnego. Ilość wypadków jednym i drugim sposobem uskutecznionych jest jeszcze za szczupłą, aby z nich można wyprowadzić pewne ogólne wnioski, użyteczne dla celów klinicznych; zwłaszcza, że pojemność żołądka jest zależną od wielu dotąd nieuwzględnionych czynników, a przedewszystkiém od rozmiarów ciała, jakotéż od indywidualnéj kurczliwości ścian i czułości nerwów samego narządu. Niemając dotąd dokładnéj miary dla pojemności fizyjologicznego żołądka, musi klinicysta uważać żołądek za patologicznie rozszerzony, jeżeli z tego powodu znajdują się zboczenia we funkcyi tego narządu. Słusznie bowiem porównywa Kussmaul zachowanie się żołądka z zachowaniem pęcherza moczowego, który dopóty należy uważać za narząd o prawidłowéj wielkości, dopóki oddawanie moczu odbywa się w prawidłowy sposób; a żaden klinicysta nie będzie stosował sondy lub pompy do wielkiego żołądka cierpiącego na cukrzycę lub żarłoka, dopóki przerosłe ściany jego chemiczną i mechaniczną funkcyję należycie wypełniają.

Wprawdzie rozstrzeń żołądka oddawna zwracała uwagę anatomów w wybitnych przypadkach, jednak pod względem klinicznym z początku mało się nią zajmowano z powodu niedostateczności badania fizycznego, a później, gdy tę zmianę bliżéj poznano, uważano ją jedynie za objaw następowy dla terapii zupełnie nieprzystępny. Więcéj poczęto się zajmować tym stanem patologicznym ze stanowiska klinicznego, gdy Oppolzer w r. 1857 w swych wykładach zwrócił uwagę na istnienie rozstrzeni żołądka bez zmian odźwiernikowych, a Skjelderupp w r. 1866 zebrał 19 przypadków samoistnéj rozstrzeni żołądka przez siebie dobrze obserwowanych, a między temi 4 sekcyją stwierdzonych. Lecz dopiero od r. 1869, kiedy Kussmaul z Fryburga badeńskiego ogłosił bardzo świetne wyniki lecznicze rozstrzeni żołądka za pomocą pompy żołądkowéj, przyjęli klinicyści tę zmianę patologiczną jako jednostkę chorobową pod nazwą *Dilatatio ventriculi*, rozróżniając ze względów prognostycznych i terapeutycznych rozstrzeń żołądka samoistną i następową, wywołaną zmianami chorobowemi odźwiernika, która to ostatnia forma chorobowa występuje o wiele częściéj, niż pierwsza.

II. Etyjologija rozstrzeni żołądka.

A. Samoistna rozstrzeń żołądka może się wytworzyć z rozmaitych przyczyn.

1. Może ona powstać przy niestosunku między obciążeniem żołądka a jego siłą mechaniczną, jak to ma miejsce przy nadmiernem wprowadzaniu pokarmów przez dłuższy czas, co się zdarza często w chorobach układu nerwowego, u cukrzycowych jakotéż u żarloków. W tych przypadkach kurczliwość błony mięsnéj żołądka zostaje mechanicznie pokonaną, następuje jéj niedowład, a pokarmy nieustannie do żołądka doprowadzane, utrzymują go w stanie ciągłego rozszerzerzenia, przez co rozstrzeń staje się trwałą. Do jakiego stopnia może dojść przeładowanie żołądka pokarmami, pouczają nas przypadki wielożerstwa z literatury lekarskiéj nowszych czasów. I tak Potton leczył w r. 1863 21-letniego mężczyznę, który musiał dziennie zjadać 15 objadów, a Percy cytuje przypadek, w którym 17-letni młodzieniec, ważący 100 funtów, był w stanie zjeść dziennie ilość mięsa równą ciężarowi jego ciała, a zwykle musiał zjadać 17 obiadów w przeciągu 24 godzin, a nawet oskarżonego, że pożarł czteroletnie dziecię. Są jednak znane przypadki sekcyjne zwłok żarłoków, w których miasto spodziewanego rozszerzenia żołądka, znaleziono żołądek nawet mniejszy niż w stanie prawidłowym, lecz natomiast ściany jego w trójnasób zgrubiałe.

Wprowadzanie nadmiaru pokarmów do żołądka może być ogólnie rozpowszechnione u pewnych warstw ludności w skutek nieracyjonalnego żywienia się. Są w Niemczech ubogie okolice Schwarcwaldu, gdzie ludność żywi się wyłącznie ziemniakami, a spożywać musi ich znaczną ilość, aby pokryć dzienny ubytek azotu z ustroju; i tam znana jest rozstrzeń żołądka pod nazwą *Kartoffelmagen.* Zamożniejsza część ludności południowych Niemiec przepełnia swe żołądki piwem; a wcale nie należy to do rzadkości, że mężczyzna w kilku godzinach wieczornych wypróżnia 10 litrów piwa bawarskiego, zawierającego przynajmniéj taką samą ilość bezwodnika węglowego, który uwalniając się z cieczy w ciepłym żołądku, jeszcze więcéj go wydyma. To też kliniki Erlangi, Tybingi i Monachijum obfitują w materyjał z zakresu nieżytu i rozstrzeni żołądka, i z tych to miejsc pochodzą owe klasyczne prace nad obydwoma powyższemi stanami chorobowemi.

Kto miał sposobność przypatrzenia się bliżéj żywieniu się naszego ludu wiejskiego, szczególnie w górach, spożywającego ogromne ilości najniestrawniejszych, wyłącznie roślinnych pokarmów, zrozumie łatwo zjawisko, że znaczna część téj ludności cierpi na nieżyt i rozstrzeń żołądka z następowém usposobieniem hipochondryczném, przyczém „zalewając jaszczurki i węże, gnieżdżące się w żołądku“ wyskokiem, stan swój znacznie pogarsza. Zgadza się to zupełnie z doświadczeniami Grütznera, uskutecznionemi na psach, że wyskok wywoływa stale nieżyt żołądka, a nawet napoje wyskokowe, jak piwo i wino, i to w gatunkach używanych pospolicie dla przyspieszenia trawienia, opóźniają je, zamiast oczekiwanego przyspieszenia, według nowszych doświadczeń Buchnera, przedsiębranych na ludziach.

2. Niestosunek między siłą trawiącą żołądka a jakością wprowadzonych pokarmów może być również powodem rozstrzeni. Doświadczenia bowiem Levena, uskutecznione w Paryżu na psach, wykazały, że tylko pod wpływem pokarmów azotowych wytwarza się sok żołądkowy prawidlowéj kwasoty, a doświadczenia Richeta w Paryżu i Uffelmana w Rostoku na przetokach żołądkowych u ludzi wykazują, że pokarmy dopiero wtenczas opuszczają żołądek, kiedy treść jego dojdzie do pewnego stopnia kwasoty; nadto, że białkowate pokarmy wcześniéj opuszczają żołądek, niż skrobiowate. Ztąd téż u osób z niedostateczném wydzielaniem się soku żołądkowego, pokarmy, szczególnie mniéj strawne, dłużéj pozostają w żołądku, obciążają błonę mięsną, która staje się niedowładną, przez co powstaje obraz kliniczny stanu chorobowego zwanego przez Rosenbacha *insufficientia ventriculi,* poprzedzającego rozstrzeń żołądka; nim zaś treść zostanie z żołądka do dwunastnicy wydaloną, dostaje się zwykle już nowa ilość pokarmów rozszerzających żołądek i sprawiających trwałą rozstrzeń całego narządu.

3. Obydwa powyższe sposoby powstawania rozstrzeni żołądka zdarzają się często w chorobach wyniszczających, jak durze, ostrych chorobach osutkowych, w zapaleniu otrzewny, mianowicie w okresie ozdrowienia po tych chorobach, daléj w przebiegu niedokrewności i blednicy. W przebiegu tych chorób bywa w wysokim stopniu upośledzone wydzielanie prawidlowe soku żołądkowego, jakotéż kurczliwość włókien mięsnych, w wysokim stopniu jest upośledzona, to też mało znaczące momenta etyjologiczne, jak niewielkie nawet przeładowanie żołądka lub wprowadzenie pokarmów niestrawnych po tych chorobach, dają początek do nieżytu i rozstrzeni. Ztąd téż i lekarz, szczególniéj w okresie ozdrowienia w powyższych chorobach, kiedy łaknienie silniéj się obudza, powinien zwrócić staranną baczność na sposób żywienia się chorego.

4. Najczęstszą przyczyną samoistnéj rozstrzeni żołądka jest długotrwały nieżyt, i to już w jego formie zanikowéj, która zwykle kończy się nieuleczalną rozstrzenią. Pod tym względem wyraża się Oppolzer w r. 1857: „Dawniéj mniemano, że powiększenie żołądka jest nader rzadkim objawem, nie ulega jednak wątpliwości, że przy każdym dłużéj trwającym nieżycie występuje rozstrzeń żołądka.“ Nieżyt żołądka z następową rozstrzenią powstaje u osób, które nawet i w niezbyt wielkiéj ilości wprowadzają pokarmy do żołądka, lecz w postaci trudnéj do strawienia, a to ma miejsce w braku zębów u starców, przy szybkiém lub łakomém jedzeniu u dzieci, kucharzy, ludzi wiele zajętych, jak podróżnych i kupców. W tych wypadkach mechanicznie niezmienione pokarmy drażnią błonę śluzową i wywołują jéj nieżyt. W czasie zaś nieżytu, według licznych doświadczeń klinicznych Leubego, pozostają pokarmy o wiele dłużéj w żołądku, niż w stanie prawidłowym, przez co powstaje długotrwały ucisk mechaniczny na błonę mięsną, która aczkolwiek w pierwszych okresach choroby zwykle przerosła, w skutek upośledzonego krążenia i inerwacyi w ścianach żołądka bywa źle odżywioną, kurczliwość jéj słabnie, staje się niedowładną, poczém ulega zwyrodnieniu, a w niektórych przypadkach wszędzie lub miejscami cieńczeje, przez co żołądek zostaje stale rozszerzony. Rozszerzenie wzrasta w miarę, jak chemizm trawienia żołądkowego staje się coraz więcéj nieprawidłowym, a ostatecznie ustępuje miejsca fermentacyjom, przy których wywiązują się gazy rozdymające cały narząd. Powstaje przez to obraz stanu chorobowego zwanego przez Skjelderuppa *Dilatatio ventriculi excentrica atrophica.* Z czterech tego rodzaju przypadków, które zakończyły się śmiercią, zauważył ten autor w dwóch, że ściany rozszerzonego żołądka wynosiły połowę prawidłowéj

grubości, a przy badaniu mikroskopowém spostrzegł zanik gruczołów i włókien mięsnych.

5. Wreszcie znane są przypadki rozstrzeni żołądka bez wiadoméj bliżéj przyczyny etyjologicznéj, polegające prawdopodobnie na zmianach w układzie nerwowym, bądź to w obwodzie, bądź w ośrodkach, wnioskując ze znanych w tym względzie doświadczeń fizyjologicznych; boć nawet wpływy psychiczne wywołują znaczne zboczenia w czynności żołądka i one to stanowią główny moment etyjologiczny w powstawaniu tak zwanéj dyspepsyi nerwowéj, która według przypadków obserwowanych przez Leubego, Glaxa i Leydena, prowadzi nawet do zejścia śmiertelnego bez wywołania wybitnych zmian anatomicznych w żołądku. W ten sposób należy pojmować rozstrzenie napotykane, w przebiegu chorób mózgowych i rdzenia przedłużonego w przebiegu nerwic szczególniej macicznictwa. Tu należą także znane przypadki rozstrzeni przy rozległych wrzodach żołądka, nieusadowionych w części odźwiernikowéj, jak to zauważył Budd, a pouczający przypadek demonstrował Traube w Towarzystwie lekarskiém w Berlinie, w którym to przypadku dwa wrzody o średnicach 3 i 4 calowych, usadowione po obydwu stronach krzywizny małéj, między odźwiernikiem a wpustem, zniszczyły wszystkie grubsze gałązki nerwu błędnego. Za życia nie było wymiotów dobrowolnych, lecz dopiero za mechaniczném podrażnieniem przełyku, wtedy wymiotował chory 4—5 litrów płynu. Sekcyja stwierdziła rozstrzeń żołądka znacznego stopnia, a nadto znaczne rozszerzenie odźwiernika, przez który trzy palce wygodnie przesunąć było można. Traube przypuszcza w tym przypadku, stosownie do doświadczeń fizyjologicznych Pflügera, że brak wymiotów, wystąpienie rozstrzeni żołądka i odźwiernika należy przypisać właśnie zniszczeniu gałązek nerwu błędnego. W takim razie musiałoby przeciwnie silniejsze zadrażnienie nerwu błędnego w tém miejscu wywołać skurcz w téj części żołądka, które to zjawisko rzeczywiście obserwował prof. Łazarski przy stosowaniu weratryny u psów, co się w ten sposób objawia, że krzywizna mało się zwęża, podczas gdy odźwiernik i wpust do siebie się zbliżają, a krzywizna dolna się obniża. Czy tu należy także przypadek Erdmanna opisany w r. 1868, w którym u 18-letniego młodzieńca po upadnięciu na grzbiet powstały nagle objawy rozstrzeni żołądka, które autor pojmuje jako *Dilatatio ventriculi acuta* trudno rozstrzygnąć.

B. 6. Najczęściéj jednak spostrzega się rozstrzeń żołądka jako objaw następowy w przeszkodach dostawania się pokarmów przez odźwiernik. Z początku przeszkoda ta nie wywoływa wcale objawów rozstrzeni, owszem rozwija się podobnie jak przy zwężeniu zastawek lub cewki moczowéj stan kompenzacyjny i to w dwojaki sposób: albo wytwarza się przerost warstwy mięsnéj działającéj energicznie, albo téż występuje obfitsze wydzielanie błony śluzowéj, w skutek czego pokarmy zostają lepiéj przetrawione i zakwaszone, i w takim stanie bywają po części łatwiéj przez odźwiernik przepchnięte, po części zaś w większéj ilości w żołądku wessane. Kompenzacyja jednak dochodzi tylko do pewnéj granicy, a w miarę zwiększania się przeszkody w odźwierniku, następuje coraz częstsze wydalanie pokarmów przez wpust, czyli pojawiają się wymioty, w którymto okresie siła mechaniczna błony mięsnéj słabnie, staje się niedowładną, a żołądek zamiast kurczenia się, zwiększa pojemność swą przez nagromadzenie się pokarmów, tak że rozstrzeń staje się trwałą. Warstwa mięsna, pierwotnie przerosła, ulega zwyrodnieniu; lecz nie w każdym przypadku przychodzi do jéj zaniku; owszem może ona okazać się przy sekcyi jeszcze grubszą, niż bywa w stanie prawidłowym.

Przeszkodę dla przejścia treści żołądka do dwunastnicy stanowi zawsze zmniejszenie światła odźwiernika, co może być wywołane albo przyczynami wewnątrz lub téż zewnątrz odzwiernika leżącemi. Część bowiem odźwiernikowa jest ulubioną siedzibą zmian chorobowych żołądka.

a) Tu nasamprzód rozpoczyna się zapalenie nieżytowe błony śluzowéj, która przerasta, zmniejsza światło i wytwarza przeszkodę w dostawaniu się pokarmów do jelita.

b) Tu występuje wrzód dość często, według Brintona na 100 przypadków wrzodu żołądkowego 15 razy, a ztąd tworzą się blizny zwężające światło odźwiernika; inny znów początek mogą mieć blizny zacieśniające odźwiernik, jakto w skutek zniszczenia błony śluzowéj przez płyny żrące w otruciach, co zauważał np. Oppolzer u chłopca przy wypiciu kw. siarkowego.

c) W części odźwiernikowéj występują najczęściéj zmiany nowotworowe, jak rak żołądka, i to według statystyki Brintona na 100 wypadków raka żołądkowego 59 razy.

W powyższych przypadkach obraz sekcyjny mało kiedy wykazuje zwężenie tego stopnia, żeby tylko sonda mogła przechodzić przez odźwiernik, zwykle można przeprowadzić mały palec, pozostaje więc jeszcze dość światła dla przejścia płynu do jelita, a mimo to rozszerzenie żołądka i ilość nagromadzonego płynu dochodzi do kolosalnych rozmiarów, chociaż za życia można było zauważyć jeszcze ruch robaczkowy żołądka w obec braku wymiotów. Przyczynę nieprzechodzenia płynu z żołądka przez zwężony odźwiernik upatruje Riliet na podstawie doświadczeń Andrala i Duplaya w zniszczeniu włókien mięsnych, w skutek czego cały układ mięsny żołądka staje się niedowładnym.

d) Według opisu i twierdzenia Calota *spasmus pylori* może wywołać niekiedy rozstrzeń żołądka nawet przyrody nerwowéj.

e) Ostatecznie i przez ucisk zewnętrzny na odźwiernik może jego światło być zmniejszone; i znane są przypadki rozstrzeni żołądka wytworzone przez ucisk nowotworów wychodzących z innych narządów brzusznych, szczególniéj trzustki; a ten sam skutek mogą niekiedy wywołać błony wrzekome zacieśniające odźwiernik, wytworzone po zapaleniu otrzewny. Jeszcze i zrosty żołądka z jelitami lub wątrobą mogą prowadzić do rozstrzeni żołądka. (C. d. n.)

II. Z Zakładu sądowolekarskiego prof. Blumenstoka w Krakowie.

Kazuistyka sądowo- i policyjnolekarska

V.

Morderstwo w kasie oszczędności.

Podał Prof. Dr. Blumenstok.

(Dokończenie. Patrz Nr. 29).

Pomijamy szczegóły śledztwa rozwlekłego i względnie długo trwającego, z powodu, że sprawdzanie przeszłości obwinionych połączone było z licznemi trudnościami; poprzestajemy na wzmiance, że obaj obwinieni od początku do końca śledztwa pozostali wiernymi obranéj raz przez

siebie taktyce: Roman Cz., który od razu częściowo był się przyznał do bytności na miejscu czynu i do udziału w rabunku, zeznania tego doniosłego już nie cofnął, podczas gdy Aleksander W. wytrwał w przedstawieniu siebie jako człowieka najniewinniejszego w świecie, który nie tylko nie miał udziału w zbrodni, ale o niéj późniéj dopiero się dowiedział. Rozprawa ostateczna odbyta w dniach 25—30 czerwca rb. przed trybunałem przysięgłych odsłoniła należycie przeszłość obydwóch oskarżonych; Prokuratoryja opierając się w zupełności na orzeczeniu sądowolekarskiém oskarżyła Aleksandra W. jako bezpośredniego sprawcę morderstwa, Romana Cz. zaś jako wspólnika i pomocnika; ostatni śród rozprawy przyznał się wreszcie do pomocy danéj pierwszemu przez zamknięcie za sobą na klucz drzwi izdebki, a w skutek pytań sprawozdawcy przyznał, że w chwili, gdy otrzymał od Aleksandra W. dwa pchnięcia, znajdował się blisko tapczana lub nawet na tapczanie obok nieboszczyka; Aleksander W. zaś pomimo mnożących się poszlaków i podczas rozprawy wszystkiego się wypierał. Pomimo to przysięgli uznali go winnym morderstwa rozbójniczego, w skutek czego Sąd skazał go na karę śmierci przez powieszenie, Romana Cz. zaś na 18-letnie ciężkie więzienie.

Tak więc skończyła się owa rozgłośna rozprawa, która i pod względem sądowolekarskim ma niezaprzeczone znaczenie. Przysięgli wyrazili życzenie, aby kara śmierci na Aleksandrze W. nie została wykonaną a Sąd życzenie to poparł; nie wątpimy więc, że kara śmierci zamienioną zostanie dla skazanego na wieloletnie więzienie, przez co kara dla obu skazańców będzie mniéj lub więcéj jednaką, co najlepiéj odpowie sprawiedliwości, gdyż obaj działali wspólnie a wina obydwóch jest mniéj lub więcéj równą. Ponieważ jednak orzeczenie nasze głównie przyczyniło się do przekonania przysięgłych o winie przeważnie oskarżonego, wypada mi uzupełnić je kilką uwagami epikrytycznemi.

Gdyby się w ważnym tym przypadku było rozchodziło tylko o oznaczenie przyczyny śmierci Słowika, o narzędzie, za pomocą którego rana śmiertelna zadaną została, itd., — zadanie znawców byłoby łatwém. To też bez dłuższego namysłu odpowiedzieć mogliśmy stanowczo na 3 pierwsze pytania p. sędziego śledczego. Trudności nasuwały się dopiero przy pytaniu ostatniém, bo też pytanie to było jądrem całéj sprawy. Doświadczenie uczy, że każde skrytobójstwo i pod względem sądowolekarskim przedstawia zagadkę w pewnym kierunku, zagadkę, rzadko kiedy powtarzającą się, i dlatego wyzywającą nie tylko sędziego, ale i znawców do samodzielnego zastanowienia się nad jéj rozwiązaniem. Zagadką tą w naszym przypadku była okoliczność, że na Słowiku znaleziono tylko jednę ranę a natomiast wykryto dwóch zbrodniarzy, z których jeden zrazu zdawał się być niewątpliwym mordercą, pomimo, że w wielkiéj części przyznał się do winy, jednak czynu samego się wypierał, drugi zaś do ostatniéj chwili chciał uchodzić za niewinnego a zrazu tylko przez pierwszego był obwiniany. Rzecz naturalna, że dla Sądu było rzeczą niezmiernéj wagi, aby zapewnić się, czy i o ile twierdzenie pierwszego obwinionego zgadza się z prawdą a do wykrycia téj prawdy zmierzyło pytanie 4te p. sędziego śledczego, wystósowane do znawców. Nie mając faktów pewnych nie mogliśmy oczywiście na pytanie to odpowiedzieć z pewnością bezwzględną, co też w końcu orzeczenia wyraźnie podaliśmy, a czyniąc to mieliśmy na uwadze prawidło sądowolekarskie, aby nie podawać za absolutnie pewne wniosków, które z natury rzeczy takiemi być nie mogą, choć i tak już naraziliśmy się na niedowierzanie w obec powszechnéj opinii, która aż do rozprawy ostatecznéj posądzała o morderstwo przeważnie, jeżeli nie wyłącznie, Romana Cz. Rozprawa ostateczna dopiero zdołała usunąć uprzedzenie i przechyliła szalę na niekorzyść Aleksandra W. a więc zgodnie z naszém przedstawieniem rzecz załatwić. Wprawdzie satysfakcyja, któréj doznali znawcy, nie była zupełną, skoro główny winowajca nie przyznał się i podczas rozprawy, ale też przypadki, w których zawiłe i wątpliwe kwestyje rozwięzują się w skutek szczerego przyznania się winowajców samych, należą do wielce rzadkich.

Wspomniałem, że na pytanie ostatnie p. sędziego śledczego odpowiedzieliśmy nie na podstawie niezbitych faktów, lecz na podstawie kombinacyi sądowolekarskiéj. W licznych a ważnych przypadkach nauczyliśmy się cenić ważność kombinacyi dla śledztwa sądowego a w piśmiennictwie nieraz spotykać się można z przypadkami, w których kombinacyi zawdzięczano odpowiedni wynik sprawy. Możebnym wprawdzie jest zarzut, że kombinowanie jest czynnością loiczną, na którą zdobyć się może każdy człowiek wykształcony, że więc zbyteczném jest dla znawcy zapuszczać się w dziedzinę domysłów, jakkolwiek wielce prawdopodobnych, co większa, że znawca przekracza swój zakres, skoro zapuszcza się w dziedzinę tę, przystępną i dla sędziego. Gdyby rzecz istotnie tak się miała, to jest gdyby dziedzina ta była zarówno przystępną dla sędziego jak dla znawcy, zgodzilibyśmy się chętnie na słuszność zarzutu; ale zarzut ten polega na wniosku, wysnutym z fałszywéj premisy. Błąd polega na tém, że się ma na myśli kombinacyję w ogóle, a nie kombinacyję sądowolekarską, o którą tu wyłącznie się rozchodzi, a wnioskowanie takie wychodzić może tylko od znawcy. Nie dosyć bowiem mieć przed sobą pewne fakty, aby z nich wysnuć pewne wnioski; bo jeżeli te fakty mają znaczenie wyłącznie, lub choćby tylko przeważnie, sądowolekarskie, to potrzeba zrozumieć należycie ich doniosłość praktyczną, aby być w stanie wysnuć z nich wnioski uprawnione; jest to tylko zadaniem znawcy, zadaniem nierównie trudniejszém i niewdzięczniejszém od zwykłego, ale dlatego właśnie szczytniejszém. Przypadek właśnie opisany dowodzi najlepiéj znaczenia i uprawnienia kombinacyi sądowolekarskiéj. Okoliczność, że na Słowiku znaleziono jednę tylko ranę, dla sędziego mogla być obojętną; dla niego bowiem aż nadto było dostateczném, że rana ta była śmiertelną i zadaną została takiém narzędziem, jakie na miejscu czynu znaleziono. Inne całkiem znaczenie miała ta rana dla lekarza sądowego. Od pierwszéj chwili nasunąć mu się bowiem musiało pytanie, zkąd to pochodzi, że sprawca poprzestał na téj jednéj ranie, skoro żadną miarą nie mógł z góry wiedzieć, że jedno pchnięcie pozbawi życia Słowika i to prędko,—skoro w każdym prawie przypadku morderstwa, gdzie się sprawcy rozchodzi nie tylko o szybkie ale pewne osiągnięcie celu, znachodzimy więcéj ran, aniżeli do zabicia człowieka było potrzeba. Przyznaję, że dla zagadki téj nie mogliśmy znaleść żadnego możebnego rozwiązania aż do chwili spotkania się z Romanem Cz., na którym widzieliśmy dwie rany; gdy bowiem tenże widząc, że twierdzenie jego, jakoby te rany miał sobie zadane dopiero w Tarnowie na noclegu i to za pomocą scyzoryka, nie znajduje wiary, zmienił swoje tłumaczenie podając, że otrzymał je na miejscu czynu za pomocą noża lub podobnego narzędzia, wtedy dopiero nasunęła się możebność związku zachodzić mogącego pomiędzy raną Słowika a ra-

nami Romana Cz., a możebność ta stała się dla nas coraz bardziéj pewnością w miarę postępu naszego dochodzenia. Jakkolwiek już zachowanie się Romana Cz. podczas pierwszego badania jego ran przemawiało przeciw przypuszczeniu, jakoby sam sobie rany mógł zadać, nie zdarzyło nam się bowiem jeszcze widzieć mężczyznę, tak jęczącego i narzekającego na ból nieznaczny za dotknięciem choćby najoględniejszém rany, a co ze strony człowieka, który właśnie przyznał się był do zbrodni tak wielkiéj, w dwójnasób uderzało,—jednak wypadało nam liczyć się i z tą możebnością, a przekonaliśmy się późniéj, że jeszcze podczas rozprawy niektórzy z pp. sędziów przysięgłych nie mogli pozbyć się wątpliwości, czy przypadkiem Roman Cz. sam się nie ranił. Przeciw samookaleczeniu się atoli oprócz powyższéj okoliczności przemawiały jeszcze inne, ważniejsze. Nie wdając się w pobudki, któreby Romana Cz. skłonić mogły do zadania sobie ran, musimy jednak przypuścić, że albo zamierzył odebrać sobie życie albo tylko wywołać zranienie. Za zamierzoném samobójstwem przemawiałaby rana pierwsza, znaleziona w okolicy sercowéj, podczas gdy rana na udzie wytłumaczyć się nie dała. Przeciwnie ostatnia świadczyłaby o zamiarze samookaleczenia się, podczas gdy pierwszéj w takim razie znów wytłumaczyć nie można. Przeciw zadaniu sobie ran przez Romana Cz. własną ręką, mniejsza o to, czy miał zamiar samobójstwa lub samookaleczenia się, przemawiają atoli następujące okoliczności: 1) rany obie zadane zostały przez gruby pokład odzieży; 2) kierunek ran obydwóch nie odpowiadał w zupełności narzędziu długiemu, trzymanemu w ręce prawéj (a ponieważ Roman Cz. nie jest mańkutem, trudno przypuścić, aby ręką lewą był zdolny zadać sobie przez suknie pchnięcie głębokie). — Co się tyczy narzędzia, nie ulegało wątpliwości, że pierwotne twierdzenie obrażonego, jakoby ugodzony został scyzorykiem, nie zasługuje na wiarę; to téż podczas rozprawy przypuszczał możność, że ugodzony został szabelką tą samą, którą zabity został Słowik; co do nas, już pierwéj nabraliśmy byli przekonania, że rany Romana Cz. tylko podobném narzędziem zdziałane zostały; dowodziły tego: 1) długość ran i otworów w odzieży, całkiem podobne do długości rany i otworów w odzieży Słowika, 2) doświadczenia robione umyślnie na trupie nagim i ubranym, a głównie 3) postać rany udowéj wrzecionowata, o brzegach ostrych, dość płytka, jednak w samym środku lejkowato zagłębiająca się; taka rana bowiem powstaje tylko wtedy, jeżeli narzędzie wywołujące ją było obosieczne.—Wykluczywszy więc samookaleczenie się i wykazawszy, że rany Romana Cz. zadane zostały podobném narzędziem, co rana Słowika, — wykluczywszy następnie możność, aby Romana Cz. mógł zranić szabelką Słowik, skoro ostatni po otrzymaniu rany śmiertelnéj do walki i obrony już był niezdolny, —należało koniecznie przypuścić, że na miejscu czynu zbrodniczego oprócz ofiary i Romana Cz. znajdowała się jeszcze inna osoba i z tego powodu wypadało dać wiarę odnośnemu podaniu Romana Cz. Wprawdzie ostatni chcąc winę swoją złagodzić, twierdził, że ranił go Aleksander W. przez omyłkę, to jest gdy mniemał, że Słowik podnosi się, a wtedy chcąc go dobić, w ciemności zamiast niego ugodził 2 razy Romana Cz. Po obejrzeniu jednak izdebki, w któréj mieszkał Słowik, i w któréj został zamordowany, nabyto przekonania, że tam nie było miejsca do żadnych ekskursyj i manewrów narzędziem względnie długiém, a bacząc na ową nieodgadnioną zrazu okoliczność, że morderca poprzestał na zadaniu ofierze jednéj tylko rany, wypadało ową omyłkę tłumaczyć w inny, prawda że dla Romana Cz. bardziéj obciążający sposób. Zagadka najłatwiéj rozwiązać się dała przez przypuszczenie, że morderca nie poprzestał na jedném pchnięciu, lecz w rzeczywistości wymierzył 4 pchnięcia, z których jedno dostało się Słowikowi, 2 Romanowi Cz. a jedno dostało się siennikowi, a mianowicie temu miejscu, gdzie największa znajdowała się kałuża krwi, gdzie więc Słowik śmiertelnie ugodzony upadł. Jeżeli pomnimy, w jakiéj gorączce działa morderca, łatwo pojąć, że wymierzywszy pierwsze pchnięcie w szyję Słowika, posunął się następnie więcéj na dół i w ciemności mógł ugodzić zamiast niego Romana Cz., ale tylko wtedy, jeżeli ostatni znajdował się obok Słowika i w podobnéj co on pozycyi; okoliczność zaś, że tak Słowik jak Roman Cz zranieni byli po stronie lewéj ciała, przemawia za tém, że ostatni siedział obok pierwszego, a może go nawet trzymał; w ten też sposób najłacniéj wytłumaczyć można powstanie rany udowéj u ostatniego, drążącéj prostopadle w głąb.

Wspominaliśmy, że na wynik kominacyi sądowolekarskiéj zgodzili się nie tylko pp. sędziowie śledczy i prokuratoryja, ale i pp. sędziowie przysięgli; tuszę sobie, że orzeczenie, o ile szczupłość miejsca zezwoliła, zdołałem uzasadnić, w każdym razie było ono owocem dojrzałego i wszechstronnego zastanowienia się naszego i wnikania we wszystkie szczegóły sprawy; my przynajmniéj jesteśmy przekonani, że inaczéj być nie mogło i dlatego orzeczenie podaliśmy jeżeli nie jako pewne, to przynajmniéj jako najpodobniejsze do prawdy, i tym sposobem uczyniliśmy zadość swojemu obowiązkowi wedle najlepszéj swéj wiedzy. Gdybyśmy mimo to mieli się omylić, gdyby kiedykolwiek rzecz inaczéj się miała wyjaśnić,—a możność nie jest wykluczoną w obec tego, że kara śmierci na skazanym wykonaną nie będzie — będziemy pierwszymi, którzy wyjaśnienie to podamy do wiadomości publicznéj i nie omieszkamy korzystać z niego dla siebie samych i dla praktyki sądowolekarskiéj.

III. Oceny i sprawozdania.

Doc. Dr. Hiller (Berlin): **O wpływie odkrycia prątków gruźliczych na leczenie gruźlicy.**

Autor przedsiębrał doświadczenia lecznicze za pomocą środków przeciwpasorzytniczych od dnia ogłoszenia odkrycia Kocha, rozporządzając obfitym materjałem w berlińskiéj Charité, a leczenie gruźlicy zajmowało go już na pewien czas przed tém. Na podstawie doświadczeń, że sprawy gruźlicze ulegają niekiedy dobrowolnemu zagojeniu i ze względu na odbywające się w tych przypadkach zmiany histologiczne, starano się dawniéj, zanim rozpoznano prątki jako przyczynę choroby, wzniecać przez wstrzykiwania wyskoku itp. sprawy polegające na bujaniu tkanki łącznéj z następowém bliznowatém kurczeniem się ognisk schorzałych. Odkąd znaleziono prątki, była cała dążność skierowaną ku usunięciu tychże z płuc, co możnaby było wykonać jedynie stosując środki przeciwpasorzytnicze. Do doświadczeń wybierał H. chorych, którzy przedstawiali jeszcze najlepsze warunki, u których więc sprawa chorobowa w płucach i ogólne wyniszczenie nie postąpiły daleko: chodzili po świeżém powietrzu, nie gorączkowali lub tylko nieznacznie i cieszyli się dobrym apetytem. Badanie mikroskopowe plwocin raz ze względu na prątki, powtóre ze względu na ilość włókien sprężystych stanowiło kontrolę obok zwykłych sposobów badania klinicznego. Na największą jednak trudność napo-

tykało stósowanie i wprowadzanie niejako środków działających do narządu schorzałego. Ani zwykły sposób podawania na wewnątrz, ani też stósowanie podskórne, nie mogło przedstawiać korzyści, gdyż środki dostając się do ogólnego krążenia ulegają bez wątpienia tak znacznemu rozcieńczeniu, że dostawszy się do ognisk chorobowych nie mogłyby być skutecznemi; niektóre nawet, jak np. sublimat, wchodzą po drodze w połączenia chemiczne zupełnie dla sprawy pasorzytniczéj obojętne; tak też tłumaczy sobie H., że sublimat uznany powszechnie za najdzielniejszy środek przeciwpasorzytniczy, który po za ustrojem powstrzymuje z pewnością rozwój prątków zarazy śledzionowéj, nie jest wcale skutecznym w tém zakażeniu wprowadzony do organizmu. Skuteczniejszém naturalnie byłoby bezpośrednie stósowanie środka na ognisko chorobowe czy to przez wcieranie lub wdmuchiwanie, czy też za pomocą wstrzykiwania w miąższ narządu dotkniętego. Gdy jednak dawno już stwierdzono, że wśród wziewań dostaje się ciecz rozpylona do przełyku, krtani i grubszych pni oskrzelowych, a do pęcherzyków płucnych nic z niéj nie dochodzi, należałoby użyć do wziewań tylko gazów, albo pary nader drobno rozpylonéj, aby te bez zmiany stanu skupienia mogły wraz z powietrzem dostawać się do samych pęcherzyków płucnych. Gazy posiadające własności przeciwpasorzytnicze drażnią błony śluzowe w wysokim stopniu lub są wprost trującemi, jak kwas siarkawy, chlor i brom, a rozcieńczone należycie dostawałyby się na miejsce przeznaczenia w ilościach nieznacznych, pozostając po większéj części na błonie śluzowéj oskrzeli lub w wydzielinach jam gruźliczych. Tak tedy pozostaje jedynie wstrzykiwanie miąższowe, które jednak sprowadza raz nieprzyjemności dla chorych, a powtóre może nawet życiu zagrażać. H. wykonał takie wstrzykiwania na 115 ludziach, a na zwierzętach około 90 razy, ulepszył nawet techniczną stronę tego sposobu leczenia, nie doszedł jednak do wyników bardzo świetnych. Używał on następujących sposobów: 1) wziewania gazów, par i cieczy rozpylonych, 2) wstrzykiwań bezpośrednich w miąższ płuc, 3) wstrzykiwań podskórnych i 4) podawał odpowiednie leki na wewnątrz; a używał w tym celu: 1) sublimatu, 2) jodoformu, 3) bromu, 4) wyskoku etylowego, 5) metylowego, 6) kwasu siarkowodowego, 7) arsenawego, 8) borowego i 9) salicylanu sodowego. Po największéj części stósował kolejno po kilka z tych środków u każdego chorego, przebywającego na oddziele przez 6 tygodni tak, że tym sposobem zwiększył znacznie liczbę doświadczeń z każdym środkiem z osobna. Żadnym z tych środków, w jakikolwiek sposób stósowanym, nie zdołał usunąć sprawy gruźliczéj z organizmu ani też sprawić, żeby się prątki nieznachodziły w plwocinach; spostrzegał wprawdzie zwolnienia w przebiegu choroby, a chwilowe polepszenia pojawiały się bez wątpienia częściéj aniżeli wśród jakiegokolwiek innego sposobu leczenia, nie bywały one jednak stałemi, ani też nie przypadały ściśle po zastósowaniu pewnego środka tak, że nie można ich stawiać w związek przyczynowy z pewnym sposobem leczenia zwłaszcza, że zwolnienia w przebiegu suchot płucnych pojawiają się bardzo często. Najlepszymi stosunkowo rezultatami cieszył się, stósując sublimat tak samo jak w leczeniu kiły za pomocą wstrzykiwań podskórnych, przypuszcza jednak, że może dlatego właśnie z tym środkiem najlepiéj mu się wiodło, ponieważ go doświadczał najczęściéj, a mianowicie u 44 chorych; równocześnie odżywiał ich dobrze i podawał tran, a niektórym koniak. Ale i w poczcie tych 44 chorych znalazło się tylko 12, u których mógł przeprowadzić leczenie systematyczne przez 6 tygodni; i u tych 12tu jedynie było widoczném polepszenie, chociaż z drugiéj strony były to przypadki ze zmianami w płucach ograniczającemi się do samych szczytów. Na podstawie tych przypadków nabrał przekonania, że sublimat jest w przebiegu suchot płucnych przeciwskazanym, u niektórych chorych sprowadza tak szybkie wyniszczenie, że zdaje się nawet zejście śmiertelne przyspieszać. Wziewanie rozpylonego roztworu sublimatu stósował u dwóch chorych, odradza jednak stanowczo od tego sposobu leczenia z powodu, że zapalenie jamy ust i niemiły metaliczny smak w ustach powstają nader łatwo obok zboczeń w narządzie trawienia. Najgorszemi okazywały się wstrzykiwania w miąższ płuc, najprzód ze względu na nadzwyczajnie silne zadrażnienie tkaniny płuc, a powtóre ze względu na wywoływanie tym sposobem nader uporczywych napadów kaszlu. (*Zeitschrift f. Therapie* Nr. 13, 1883). *Dr. Schaitter.*

U r b a n t s c h i t s c h: **O wpływie drażnienia nerwu trójdzielnego na czucie zmysłowe.**

U 70-letniego mężczyzny, u którego równocześnie z upośledzeniem słuchu skutkiem choroby ucha, istniało znaczne upośledzenie bystrości wzroku i zaciemnienie pola widzenia, zauważył najprzód autor, że w czasie wprowadzenia stoczka przez obrzmiałą trąbkę Eustachiego do jamy bębenkowéj, następowało nagłe rozjaśnienie pola widzenia i znaczne polepszenie bystrości wzroku. Spostrzeżenie to zachęciło go do dalszych doświadczeń w tym kierunku. Z 25 przypadków chorób ucha polepszyła się bystrość wzroku w 21 przypadkach równocześnie z ustąpieniem cierpienia ucha. Poprawa bystrości wzroku następowała najczęściéj w pierwszych dniach leczenia choroby usznéj, w dalszym zaś ciągu leczenia poprawa ta albo utrzymywała się stale na pewnym stopniu, albo też postępowała niemal proporcyjonalnie z polepszaniem się słuchu. Następnie wykazał U., że choroba ucha, istniejąca po jednéj tylko stronie, miała czasem wpływ nietylko na bystrość wzroku na oku równoimiennóm, lecz także na oku różnoimiennóm i to niekiedy w wyższym nawet stopniu. Raz zaś przy jednostronném zapaleniu ucha, nastąpiło upośledzenie bystrości wzroku na przeciwném oku, podczas gdy na oku równoimiennóm bystrość się polepszyła. Dalsze doświadczenia wykazały, że różne drażnienia ucha zewnętrznego lub środkowego wpływały już to korzystnie, już to niekorzystnie na bystrość wzroku. Ciekawy ten związek pomiędzy drażnieniem ucha a bystrością wzroku tłumaczy autor jako odruch na zmysł wzroku za pośrednictwem nerwu trójdzielnego. Drażnienie bowiem innych czuciowych gałęzi tegoż nerwu, nie zaopatrujących wcale ucha (np. dmuchanie na twarz lub błonę śluzową nosa, drażnienie elektryczne lub silny zapach), potęgowało również bystrość wzroku. Wpływ ten nerwu trójdzielnego na zmysł wzroku może, zdaniem autora, rzucić jakieś światło na odruchową ślepotę. Podobnie jak na zmysł wzroku, działa drażnienie nerwu trójdzielnego także na zmysł słuchu i powonienia. (*Pflügers Archiv*, XXX. str. 129). *Dr. Prus.*

Doc. O. S e i f e r t (Würzburg): **Extractum Piscidiae nowy środek nasenny.**

Piscidia Erithrina, Jamaica Dogwood z rodziny strączkowych, rośnie dziko w Indyjach zachodnich, na wyżynach Antyllów, szczególnie na wyspie Jamaice, a mieszkańcy Ameryki znają jej własności odurzające. Autor powołuje się na doświadczenia prof. O t t a w Filadelfii przeważnie na królikach przedsiębrane, z których wynika: 1) *Extract. Piscid.*

jest środkiem odurzającym większe i mniejsze zwierzęta, 2) rozszerza źrenice, 3) liczba oddechów pod wpływem jego się wzmaga, potém nagle opada, 4) wywołuje ślinotok i rozpływne poty, 5) osłabia czynność serca, a w większych dawkach sprowadza porażenie ogólne i śmierć. Z leczniczych jego własności podnosi O t t szczególnie to, że jest dzielnym środkiem kojącym wszelkie bóle nerwowe i sprowadzającym sen. F i r t h (*Therapeutic Gazette*, Nr. 3, 1883) uważa go za środek skuteczny w obłędzie opilczym, a M a r n e przyznaje mu właśnie w téj chorobie pierwszeństwo przed innymi środkami, bo otrzymywał po jego użyciu bardzo pomyślne wyniki nawet w tych razach, w których chloral, bromek potasu i makowiec okazały się bezskutecznemi. Można go zadawać jako wyciąg płynny w ilości około 3·0 lub we formie stałéj 0·3—0·9. H a r t otrzymał z *Piscidia Erithrina* tak zwany *Piscidin* ($C_{29}H_{21}O_8$), łatwo rozpuszczalny w wyskoku i eterze, lecz tego przetworu jeszcze nie doświadczano. Autor robił doświadczenia z *Extr. Piscid.* otrzymanym według następującego przepisu: *100·0 cort. radic. Piscidiae diger. c. 1000·0 spir. dilut. per dies octo, exprim. et ad consist. extr. sicc. reduc.* W ten sposób przyrządzonego przetworu próbował on najprzód w ilości 0·25—0·5 u kilku silnych, względnie zdrowych ludzi, u których następował sen głęboki, potém lekkie zajęcie głowy jak po morfinie, mierne rozszerzenie źrenic, zresztą żadnych przypadków ubocznych, jak ślinotok, poty, również na tętno i ciepłotę ciała był ten środek bez wpływu. Następnie zadawał autor lek ten w dawce téj saméj w 10 przypadkach suchot płucnych po części z zajęciem krtani: we wszystkich tych przypadkach łagodził on znacznie kaszel i sprowadzał sen, nie wywołując żadnych przypadków ubocznych, a nawet rozszerzenie źrenic zauważył zaledwie u jednego z tych chorych i to nieznaczne. W jednym z tych przypadków stosował przeciw obfitym potom obok *Extr. Piscid.* także równocześnie wieczorem atropin w ilości 0·001 i osięgał przez to ten skutek, że poty nocne ustawały i chory spał dobrze, lecz skoro atropin usunięto, powracały poty takiego samego nasilenia. W jednym przypadku rozstrzeni żołądka i w jednym przypadku zapalenia nerek przewlocznego okazał się środek ten bardzo skutecznym przeciw bezsenności. Natomiast u jednego chorego na suchoty płucne z rozległémi owrzodzeniami krtani oddawał morfin w proszku lepsze usługi. Również nie widział autor żadnego skutku u chorego cierpiącego bóle w odnogach dolnych, dla których nie można było znaleźć podstawy, i w jednym przypadku porażenia mięśni rozszerzających głośnię. Obaj ostatni chorzy byli nawet po zażyciu tego środka mocno rozdrażnieni i niespokojni. Z tych doświadczeń wysnuwa autor wniosek, że *Extr. Piscid.* oddaje dobre usługi szczególnie w suchotach płucnych, nie wywołując żadnych przypadków ubocznych i w obec potrzeby zmieniania od czasu do czasu środków uśmierzających kaszel suchotników, powinien być przyjęty do lekospisu. (*Berl. klin. Woch.*, 1883, 28). *Dr. Otto.*

L a n g g e a r d: **O przetworach akonitynu.**

Aby się przyczynić do zmniejszenia zamięszania panującego dotąd co do przetworów akonitynu, napotykanych w handlu, podał L. na ostatniém posiedzeniu Towarzystwa dla wewnętrznéj medycyny kilka uwag, odnoszących się do działania czystego nierozłożonego akonitynu. Przetwór ten otrzymuje się w formie krystalicznéj, w wodzie jest on nierozpuszczalny, natomiast w wyskoku i eterze łatwo rozpuszczalny i tworzy z kwasami sole, z których szczególnie azotan akonitynu występuje w kształcie pięknych kryształów.

Dotąd rozróżnia się jak wiadomo akonityn angielski, francuski i niemiecki, lecz rodzaje te wcale nie oznaczają jednych i tych samych przetworów, które częstokroć znacznie od siebie się różnią, np. pomiędzy przetworami niemieckiemi jedne są 20—30 razy silniejsze niż inne. Przetwory niemieckie nie posiadają nadto własności miejscowego działania, które w przetworach angielskich ważną gra rolę; jest to bowiem mięszanina akonitynu, i apoakonitynu. Angielskie przetwory są także bardzo różne. Najwięcéj jeszcze zbliżają się do czystego akonitynu przetwory francuskie. Przetwory dotąd używane trzebaby tedy wykreślić z lekospisu. (*Wiener med. Blätter* Nr. 29). *Dr. Otto.*

A u s p i t z: **O działaniu t. zw. ciągłéj kąpieli.**

W ogólnéj patologii i terapii skóry prof. Auspitza, która wyszła jako rozdział zbiorowego dzieła Ziemsena, odstępuje autor od dawnego zapatrywania, jakoby skóra była tak ważnym narządem oddychania, iżby zaburzenie tegoż miało większy wpływ na przemianę pierwiastków ustroju. I tak: nie potrzeba szukać niebezpieczeństwa rozleglejszych oparzeń skóry w zmniejszeniu powierzchni oddechowéj, bo wytwory spalenia, które krążą we krwi, działają wprost trująco na ośrodki przemiany pierwiastków; również nie jest prawdą, jak to dawniéj powszechnie sądzono, że przekrwienie i zapalenie płuc powstaje w tych razach skutkiem nadmiaru pracy oddechowéj płuc. Dla terapii skóry jest to o tyle ważne, że środki stósowane na skórę bezpośrednio i pokrywające takową nawet na większéj przestrzeni bez względu na to, czy w formie płynów, czy w postaci maści lub przylepców, nie przynoszą żadnéj szkody ustrojowi.

Pomimo tego nie podziela A. zdania Hebry i jego zwolenników co do skuteczności tak zwanych ciągłych kąpieli, które stósowano nieraz całemi miesiącami, nie widział on bowiem wcale korzystnego wpływu takich kąpieli ani w przewlekłych zapaleniach skóry, ani w oparzeniach i rozległych ropieniach téjże, ani nie zmniejszały one nawet bólu i swędzenia. Niektórzy chorzy nawet wcale ich nie znoszą. Jeśli się doda do tego, że przygotowania do takiego leczenia wymagają wiele zachodu, to w obec tak małéj skuteczności nie można rokować zbyt pomyślnéj przyszłości temu sposobowi leczenia. (*Wiener med. Blätter* Nr. 29 1883). *Dr. Otto.*

L i t t e n: **Przyczynek do patologii krwi.**

Już w roku 1877 ogłosił L. (*Berl. klin. Wochenschrift* Nr. 19 i 20) przypadek kobiety, u któréj w ciągu karmienia dziecięcia wystąpiły objawy niedokrewności złośliwéj, a w ostatnich 4 dniach życia pojawiła się zmiana krwi, odpowiadająca zupełnie zmianie białaczkowéj. Przypadek ten skłonił autora do czynienia doświadczeń nad zachowaniem krwi u umierających, a jako rezultat tych dochodzeń, uskuteczniamych przez kilka lat na wielu chorych w berlińskiéj Charité, ogłasza, że przekonał się o występowaniu leukocytozy u konających tak, że stosunek jednego ciałka białego na 4 czerwone nie napotyka się wcale wyjątkowo. Z téj charakterystycznéj zmiany można było wnosić, że śmierć niebawem nastąpi, a utrzymywała się ona jeszcze we krwi zwłok. W ogóle nie można rozstrzygnąć, na ile godzin przed śmiercią występuje ta zmiana, jednak L. nie spostrzegł jéj nigdy na 24 godzin przed zejściem śmiertelném. Ma ona polegać na tém, że ciałka białe krwi lepkie, tworzą w naczy-

niach warstwę przyścienną, która może powstać wśród przedśmiertnego zwolnienia krążenia, a po otwarciu naczynia wydobywają się one będąc ze sobą pozlepiane. W dalszym ciągu wspomina L. o dwóch przypadkach niedokrewności złośliwéj z zejściem śmiertelném, w których, w ciągu trzech dni, nastała zmiana krwi białaczkowa, ustąpiła jednak wkrótce nie powtarzając się więcéj. Na podstawie tych dwóch obserwowanych przypadków ostrzega autor przed rozpoznaniem białaczki na podstawie jednego badania krwi, zwłaszcza u osób niedokrewnych; z drugiéj strony spostrzegł on, że ilość ciałek białych zwiększa się w przebiegu niedokrewności złośliwéj jedynie wraz z równoczesném zmniejszaniem się ilości ciałek czerwonych, że więc pomnożenie ciałek białych bywa tylko względném. *(Berl. klin. Wochenschrift* 1883, Nr. 27). *Dr. Schaitter.*

Wiadomości pomniejsze.

(J. P.) Dembo wykazał na podstawie nader licznych doświadczeń, że skurcze macicy mogą wystąpić nie tylko skutkiem drażnienia wprost saméj macicy, ale także w skutek drażnienia pochwy bez żadnego pośrednictwa układu mózgordzeniowego. Główna grupa tych ośrodków dla skurczów macicy leży w przodkowéj ścianie pochwy w bliskości otrzewny. Macica dziewicza oddziaływa najlepiéj na drażnienie elektryczne, podczas gdy macica ciężarna bardzo tylko leniwo, natomiast jest ona bardzo czułą na bodźce termiczne i mechaniczne. Wykonując na jednéj macicy przez dłuższy czas doświadczenia, lub wystawiając ją przez jakiś czas na wpływ powietrza, zmniejsza się pobudliwość na bodźce elektryczne, na chemiczne atoli i termiczne pobudliwość się potęguje. (*Centralbl. f. Nervenheilk.* 14, 1883).

(J. S.) **Aby uwidocznić prątki gruźlicze** prędzéj aniżeli to ma miejsce przy użyciu znanych dotąd sposobów i bez używania kwasu azotowego, poleca Gibbes (*Lancet* Mai 1883) następujący sposób postępowania: 2 gramy chloranu rozanilinu uciera z 1 gramem błękitu metylowego w szklanym moździerzyku. Następnie rozpuszcza 3 cm. sześć. bezwodnego wyskoku i rozczyn ten dolewa dopóty do poprzednio wspomnianéj mięszaniny, dopóki się ostatnia dokładnie nie rozpuści, wtedy dodaje 15 cm. wody destylowanéj i przechowuje mięszaninę w dokładnie zatkanéj flaszce. Plwociny rozprzestrzenia w zwykły sposób na szkiełku nakrywkowém i ogrzewa nieco mięszaniny barwiącéj w rurce odczynnikowéj, skoro zaś rozczyn zaczyna parować, wylewa go na szkiełko zegarkowe i zanurza w nim plwociny wraz ze szkiełkiem nakrywkowém na 3 lub 4 minuty, poczém wymywa je wyskokiem metylowym dopóki się jeszcze ostatni barwi, wreszcie suszy i przechowuje w balsamie kanadyjskim.

(J. S.) Pfeiffer (w Wiesbadenie) przekonał się, że w ziarninie pojawiającéj się na spojówce w przebiegu liszaja żrącego znajdują się prątki gruźlicze, uważa tedy, że liszaj żrący polega na tle gruźliczém. (*Berl. klin. Woch.* 28, 1883).

(J. P.) Włókna nerwowe zwężające źrenicę, według doświadczeń Bechterewa, biorą początek w siatkówce, przebiegają w nerwie wzrokowym, wstępują bezpośrednio po za skrzyżowaniem się nerwów wzrokowych do szaréj istoty mózgowéj, wyścielającéj jamę komórki trzeciéj, dążą do jądra nerwu okoruchowego, a następnie wracają znów w pniu tegoż nerwu ku obwodowi i rozgałęziają się w tęczówce. Włókienka spoidłowe pomiędzy oboma jądrami nerwów okoruchowych łączą prawdopodobnie wspomniane drogi jednéj i drugiéj strony, przez co możebném jest przeniesienie się odruchu z jednego oka na drugie.

(J. S.) Aby rozpoznać **istotę przyrzutu zimnicy** doświadczał Silvestrini w ten sposób, że sobie wstrzykiwał pod skórę uda 1cm. sześc. rosy zebranéj w okolicy zimniczéj a równocześnie zażywał jéj 3cm. sześć. W ten sam sposób podawał rosę wielu chorym leczonym w szpitalach w Rovigo, Padwie i Sassari, zawsze jednak z ujemnym rezultatem. Na téj podstawie sądzi, że udowodnił, iż wstrzykiwania lub zażywanie opadów atmosferycznych jak wody deszczowéj i rosy z okolic zimniczych, są zupełnie dla ludzi nieszkodliwemi. (*Gazz. med. it. prov. venete*).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

XI Posiedzenie zwyczajne Tow. lek. krak. z dnia 20 czerwca 1883.

Przewodniczący kol. Obaliński. Członków obecnych 10.

1. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i bez zmian przyjęto.

2. Kol. Kohn odczytał pracę swą: „Kilka słów z dziejów ginekologii“. Rozprawa ta drukuje się obecnie w Przeglądzie Lekarskim.

Na tém posiedzenie dla spóźnionéj pory zakończono.

Dr. Henryk Mendelsburg, sekretarz.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak.

Posiedzenie III z dnia 17 maja 1883.

Przewodniczący Dr. Ściborowski. Członków obecnych 7.

1) Protokół poprzedniego posiedzenia z dnia 1 kwietnia r. b. odczytano i przyjęto.

2) Przewodniczący powitał po raz pierwszy obecnego na posiedzeniu profesora gimn. św. Anny p. Leopolda Świerza, zaproszonego na członka nadzwyczajnego miejscowego komisyi, który prawie od założenia Tow. tatrzańskiego, mającego pod pewnym względem cele zbliżone do Komisyi balneologicznéj, pełniąc obowiązki sekretarza tego Towarzystwa, położył niemałe zasługi. Prof. Świerz przyobiecuje podług możności brać udział w pracach Komisyi. Zarazem zawiadomił przewodniczący, iż prof. Dr. Wróblewski, zaproszony do grona Komisyi, przeprosił, iż z powodu porozpoczynanych prac doświadczalnych, na teraz w pracach Komisyi udziału brać nie może.

3) Przewodniczący złożył do księgozbioru Komisyi następujące prace w darze nadesłane: *a*) Sprawozdanie Komitetu administracyjnego dla Zakładu zdrojowego w Szczawnicy o zarządzie tegoż Zakładu, str. 35. *b*) Rabka najsilniejsza solanka jodo-bromowa w Galicyi, sprawozdanie z r. 1882 przez Dra Kopffa, str. 34. *c*) Iwonicz w r. 1882 opisał Dr. Klemens Dębicki. str. 46. *d*) Cztery broszury o Zakładzie zdrojowym w Iwoniczu przez Dra Adama Świrskiego w językach polskim, niemieckim, węgierskim i rumuńskim, str. 48, 21, 15, 16. *e*) Dwa sprawozdania z czynności lekarskiéj ze zdrojowiska w Busku w czasie pory zdrojowéj roku 1881 i 1882 przez Dra Józefa Dymnickiego, str. 55 i 44.

4) Przewodniczący odczytał odezwę do Zakładów zdrojowych i klimatycznych tak w Galicyi jak i w innych ziemiach sąsiednich położonych, wzywającą o nadsyłanie wiadomości koniecznych do ułożenia zamierzonego przez Komisyję balneologiczną wydania obrazu Zakładów zdrojowych i klimatycznych na ziemiach polskich się znajdujących. Po dyskusyi, w któréj brali udział koll. Blatteis, Krasiński i Kwaśnicki, na wniosek pierwszego, postanowiono: z powodu, iż obecnie zarządy Zakładów zdrojowych przez całe lato będą mieć wiele zajęcia z gośćmi zdrojowymi, z wydawnictwem odezwy obejmującéj szereg pytań w 24 Nrach ułożony, wstrzymać się do pierwszych dni września r. b., ostateczny termin nadsyłania odpowiedzi naznaczając do końca grudnia r. b.

5) Przewodniczący odczytał ułożony przez siebie Pogląd na ruch i postęp w zdrojowiskach i zakładach klimatycznych kra-

jowych w ciągu roku 1882, oparty na sprawozdaniach ze zdrojowisk nadesłanych Tego roku otrzymano sprawozdanie z 12tu Zakładów, a mianowicie: z Iwonicza, Krościenka, Krynicy, Krzeszowic, Lubienia, Morszyna, Rabki, Swoszowic, Szczawnicy, Truskawca, Wysowy i Zakopanego, trzynastém było sprawozdanie ze Szkła, lecz tak niedostateczne i odpowiedzi na najważniejsze zapytania niezawierające, że całkiem musiało być pominiętém. Natomiast włączono do poglądu wiadomości o Żegiestowie (uwzględniając wartość Zakładu) powzięte ze sprawozdania drukiem ogłoszonego przez Dra T. Szczepańskiego, lekarza zdrojowego, jakkolwiek właściciel Zakładu, pomimo dwukrotnego wezwania ze strony Komisyi, ani słowem nie raczył odpowiedzieć. Nad odczytanym poglądem, (który podobnie jak w r. z. osobno ma być drukiem ogłoszony) wywiązała się dyskusyja, w której brali udział prócz prelegenta koll. Blatteis, Gralewski, Kwaśnicki i Świerz.

6) Kol. Świerz podnosi potrzebę zakładania w zdrojowiskach stacyj meteorologicznych, jakich wiele Towarzystwo tatrzańskie urządziło.

Na tém posiedzenie zakończono. Następne z powodu, iż większa część członków czynnych opuszcza Kraków udając się do Zakładów zdrojowych, odbędzie się dopiero w jesieni.

Dr. W. Ant. Gluziński.

V. Urywki z dziejów ginekologii.

Napisał Dr. M. Kohn w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 30).

7. Wiele pisano także o upławach białych, jednak mało jest u dawnych autorów, coby było godném wzmianki.

W rozprawach Hipokratesowskich bardzo dobry jest opis objawów towarzyszących téj chorobie: mianowicie nabrzmienie i bladość twarzy, powiększenie brzucha, wodna puchlina członków (*anasarca*), mięśnie zapadają (zagłębiają się) za uciśnięciem, oddech krótki, osłabienie. Przyznaje autor trudność wyleczenia lecz radzi próbować środkami pędzącemi mocz, dyjetą wysuszającą i gimnastyką *(exercice)*.

Aëtiusz wspomina o leucorrhoea jako o „białym upławie“ i poleca ćwiczenie, nacierania i środki ściągające i przeczyszczające.

Galen słusznie zauważa, iż kobiety o rozwiązłych i flegmatycznych obyczajach najbardziéj podlegają téj chorobie.

Paré opisuje *leucorrhoea* jako ustawiczny i niebolesny odpływ z macicy, lecz który sprawia znaczne dolegliwości, jeżli macica jest owrzodzoną (*ulcerated*). Leczenie jego polega na tych środkach, jakich się używa do wstrzymania krwotoku macicznego, zaleca również wody mineralne, które można wolno pić, trzeba jednak uważać, aby odpływu nie zatrzymać zbyt nagle, w tym bowiem razie zepsute wydzieliny mogłyby zarazić wątrobę sprowadzając wodną puchlinę, gorączkę, choroby mózgowe i wrzody maciczne.

8. *Prolapsus uteri* szczególniéj dobrze opisał Hipokrates; opisując także jeden przypadek zupełnego wypadnięcia i powiada: „Macica zwiesza się na dół jak worek mosznowy“. Potém każe robić zimne okłady na srom, zmywać organ ściągającemi cieczami i przywrócić go do normalnego położenia; kobieta ma leżeć na plecach z nogami skrzyżowanemi i związanemi.

Paulus powiada, że wypadnięcie rzadko się zdarza i może być spowodowane różnemi wypadkami, jak upadkiem z pewnéj wysokości, przyczém więzadła utrzymujące macicę w jéj położeniu przerywają się; przez oderwanie się secundinów, które pociągają za sobą macicę; przez niezręczne wykonanie embryjotomii; przez uderzenie; również przez wzruszenia umysłowe, przestrachu lub zgryzoty, które wstrząsają całym ustrojem; lub wreszcie przez porażenie lub wątłość narządów, co się najczęściéj u tych zdarza, których zdrowie ma się ku upadkowi. Opadnięcie następuje ku ujściu macicznemu, niektórzy jednak podają, iż cala macica wypadła, co jest niewiarogodném, bo jakżeż mogła być przywróconą i utrzymaną w miejscu?

Jego leczenie polega na wypróżnieniu stwardniałego kału i pobudzenia wydzielania moczu, aby macica była uwolnioną od wszelkiego ucisku. Potém zaleca ułożyć chorą w położeniu odchylonėm i odwróconém tak, aby biodra były dobrze wzniesione, wziąć zwój waty zaokrąglonéj do kształtu pochwy, związać to suknėm zmaczaném w soku akacyi, przyłożyć do wypadniętych części i ostrożnie wysuwać ku górze, aż wszystko znów będzie na swojém miejscu. Leczenie następowe polega na tém, aby kobieta miała nogi wyciągnięte i skrzyżowane; stawiać bańki na pępku, a na trzeci dzień dać choréj kąpiel zawierającą odwary ściągające. Zarazem watę należy usunąć i świeżą dać, powtarzając to co 3 dni aż wyleczenie nastąpi. Jeżli część wypadnięta nie da się przywrócić do swego miejsca i obumiera możemy ją odciąć bez obawy niebezpieczeństwa, bo jak autor zauważa: „opowiadają że cała macica obumarlszy została wyciętą, a jednak kobieta żyła“. Paulus bierze to opowiadanie z Aëtiusza, który je znów Seranowi zawdzięcza. Paulus również przytacza z Aspasyi w przedmiocie dyslokacyj macicznych.

Alsaharavius zaleca podobny sposób postępowania i mówi: „jeżli usiłowania, żeby macicę przywrócić, okażą się bezskutecznemi, to należy takową wyciąć“.

Avenzoar podaje przypadek, w którym widział zupełne wypadnięcie macicy na zewnątrz. Co do drugiego podobnego odwołuje się do powagi swego przyjaciela.

Haly Abbas również wspomina, iż macica czasem wypada przed srom.

Tu możnaby zauważyć, iż starożytni, jak się zdaje, nie używali krążków z materyjałów trwałych jak drzewo lub żelazo.

Paré twierdzi, iż wyciął raz macicę i to z dobrym skutkiem. Wspomina także o podobnym przypadku, gdzie macica wypadła i zgorzel nastąpiła, a macica dobrowolnie się oddzieliła i pacyjentka wyzdrowiała.

Oribasius przepisuje podobne środki. Najprzód zaleca ciepłe kąpiele, aby zmiękczyć kał i ułatwić jego wydzielenie się, również wypróżnienie pęcherza za pomocą cewnika, poczém należy macicę delikatnie wsunąć w właściwe miejsce i utrzymywać ją tam przez kilka dni za pomocą zwoju waty wsuniętego w pochwę. Autor zapewnia również, że macica nie jest zbyt żywotném narządem i można ją odciąć bez niebezpieczeństwa dla choréj i przytacza Themisona, który to samo ma utrzymywać.

9) Według Hipokratesa zaśniad bywa następstwem nadmiaru krwi miesięcznéj w połączeniu z złym stanem nasienia. Brzuch nabrzmiewa jak podczas ciąży, lecz nie można spostrzedz poruszeń, a piersi nie zawierają mleka chociaż pierś nabrzmiewa. Ten stan trwa najmniéj 2 lata, a czasem trzy. Jeśli zaśniad jest trwały, umiera kobieta, bo macica niezdolną jest uwolnić się od tak wielkiéj masy; lecz jeśli się składa z kawałków, lub jeśli się odłamie, następuje wydzielenie się krwi przez pochwę z kawałkami mięsnemi. Rozpoznaje się z nabrzmienia brzucha bez ukazania się ruchów płodowych; podczas gdy dziecko porusza się, chłopiec, w 3cim, dziewczyna w 4tym miesiącu jeśli jednak czas

ten upływa bez pojawiania się ruchów w brzuchu, można wnioskować, że to jest „zaśniad.“ Brak mleka w piersiach jest drugim ważnym znakiem.

Leczenie polega na zmywaniach i przeczyszczaniach, aby skierować krew ku macicy; lecz należy pamiętać, iż temi środkami można wzbudzić poruszenia zarodka, jeśli takowy jest obecny. Można także spodziewać się wyleczenia przez wycieńczenie; bo zrobiono spostrzeżenie, że gdy kobieta schudnie, tkanki się zwalniają i poronienie łatwo następuje.

Paulus podaje znacznie lepszy opis niż poprzedni. „Zaśniad,“ jak mówi, jest obrzękiem mięsnym, tworzącym się czasem przy ujściu a czasem wewnątrz macicy, dającym się namacać jako kamień, przyczém następuje wynędznienie, bladość, brak apetytu, zatrzymanie miesiączki i nabrzmienie piersi, tak iż w pewnych przypadkach daje podobny obraz do ciąży lub wodnéj puchliny; od téj ostatniéj daje się odróżnić przez to, iż nabrzmienie jest twarde i nie dające głosu wody, przy pukaniu palcem. Lecz w pewnych przypadkach choroba rzeczywiście kończy się wodną puchliną; w innych sprowadza wydzielanie się krwi. W ogóle należy pacyjentkę umieścić w chłodnym ciemnym pokoju na poduszce z podniesionemi nogami; przyczém należy zachować zupełny spokój, bo ruchy sprowadzają rozmaite wydzieliny. Leczenie jest skierowane przeciw nabrzmieniu, wodnéj puchlinie i krwotokowi i takie środki są przepisane, które według autora mają poskramiać każdy z tych objawów. Paulus zwraca uwagę na okoliczność, iż niektórzy autorowie używają wyrazu „mola“ na oznaczenie nieuorganizowanéj masy mięsnéj wewnątrz ścian macicy, która bywa wydzielaną jako płód i zaleca w tym przypadku środki zwalniające, aby sprowadzić wydalenie.

W pierwszym rodzaju zaśniadów wyżéj opisanych, Paulus zwraca uwagę bez wątpienia na obrzęki w jajnikach, a może i rak szyjki macicznéj. Druga jego odmiana jest prawdopodobnie *hydatid*, jaki został opisanym przez wielu dawnych pisarzy, wyłączając Hipokratesa, Arystotelesa, Plutarcha, Pliniusza, Aetuariusa, Nannusa, Moschiona i Rhazesa.

Galen i Avicenna uważają prawdziwy zaśniad za zepsucie męskiego nasienia i dlatego sądzili, iż nigdy nie zdarza się u dziewic. Inne nowsze powagi jak Paré, Martinus, Akakia, Mercatus i Ruysch utrzymują przeciwnie.

Aëtius wspomina tylko o pierwszéj z dwóch odmian, opisanych przez Paulusa. Pokazuje się z pism Oribasiusza, Sorana, Aëtiusza i Aetuariusza, iż wielu ze starożytnych, opisując to co nazywają „mola,“ mieli tylko na myśli ciążę pozamaciczną.

10. Hipokrates po dłuższym opisie raka orzeka, iż jeśli jest zupełnie rozwinięty, jest nie do uleczenia i powiada, że lepiéj jest zaniechać wszelkich środków, bo w takim razie pacyjentka może umrzeć szybko, a gdy nic się nie robi, może dłuższy czas wytrzymać.

Paulus powiada, iż rak maciczny może być owrzodzony lub nie. W pierwszym przypadku można znaleść stwardniały obrzęk przy ujściu maciczném. Jeśli rak jest owrzodzony, wrzody są białe i twarde z brzydkiemi strupami(?) i zawsze można spostrzegać rzadki śmierdzący płyn, który się wydziela. Choroba jest, jak mówi, nieuleczną, a wszystko co można zrobić, jest ulżenie bólowi.

Oribasius orzeka również, iż choroba ta jest nieuleczną i że jedynie można złagodzić ból kąpielami, wstrzykiwaniami mlekiem kobiecém i krążkami z makowca i szafranu.

11. Oribasius uczy, iż macica może przejść w stan zapalny z różnych przyczyn, jak uderzenie, zatrzymanie miesiączki, poronienie, nagłe oziębienie, rozdęcie i owrzodzenie. Kobiety z tą chorobą przedstawiają stan następujący: ostra, paląca gorączka, miejscowy ból w odległych częściach ciała, szczególnie w głowie, karku, oczach i rękach, a ból w tych częściach dochodzi najwyższego stopnia jedynie wtedy, gdy macica jest chorą. W macicy samej dają się uczuć boleści przenikające (kłujące), które pociągają za sobą tętnienie, a największy ból daje się uczuć w têm miejscu, gdzie choroba najprzód się pojawiła. Gdy tylna część macicy jest zapalona, następują wielkie boleści w lędźwiach, odbytnica jest uciskaną i posuniętą ku bokowi ciała, mającemu styczność z wydzieleniem kału. Jeżeli część przodkowa jest zajęta, następuje trudność w oddawaniu moczu, który odchodzi kroplami. Jeśli zapalenie ma miejsce w ujściu maciczném, wtedy ból jest w części łonowéj i w pochwie. We wszystkich tych zapaleniach można przekonać się macając palcem, iż ujście maciczne jest zamknięte; jeśli jednak przedewszystkiém ujście jest zajęte, wtedy niższa część macicy przedstawia się twardszą i ma wyższą ciepłotę niż zwykle. Leczenie polega na spokoju i stósowaniu wina i oliwy na lędźwie i srom, przyczém należy uważać, aby nie sprawiać ucisku. Jeżeli zapalenie przybiera charakter róży należy robić zimne okłady. Kąpiele trzeba stósować podczas całego przebiegu.

Według Oribasiusza, gdy zapalenie macicy kończy się ropieniem, sprzyjać należy temu za pomocą mąki jęczmiennéj, drażnienia i ciepłych krążków. Gdy ropień pęka, treść czasem wychodzi przez ujście macicy, czasem przez pęcherz a najczęściéj przez odbytnicę.

Opis Paulusa jest dłuższym i podanym z większą dokładnością. Powiada on, że gdy zapalenie przechodzi w ropień, występują wszystkie objawy wybitniéj; nieregularne napady mają także miejsce, towarzyszy im ból, aż ropienie nastąpi. Bezpośrednio przed pęknięciem ropnia, boleści wzmagają się, gorączka się rozwija, podczas gdy następuje zatrzymanie kału i moczu w skutek ciśnienia nabrzmiałéj macicy. Ropnie można odkryć za pomocą wziernika lub za dotknięciem palcem i po silnych bólach, które mają miejsce z powodu nerwowéj natury szyi macicy. Co do leczenia należy sprzyjać ropieniu za pomocą kataplazmów, kąpieli i krążków z terpentyny i miry. Jeśli ropień nie pęka dobrowolnie, należy go wypróżnić za pomocą rękoczynu.

12) Paulus powiada, że macica może być owrzodzoną w skutek ciężkiego porodu, gwałtownego poronienia, ostrych lekarstw, lub owrzodzenie występuje jako skutek ropnia, który pęknął. Gdy część owrzodzona leży w odległości przystępnéj, można ją odkryć za pomocą wziernika, jeśli leży głęboko, po rodzaju wydzielin. Leczenie polega na oczyszczeniu tych części i robieniu okładów łagodzących (szczególnie zawierających główki maku). Jeżeli owrzodzenie ma skłonność do rozszerzania się, należy użyć środków ściągających. Zewnętrznie należy stósować kataplazmy, które łatwo wywierają wpływ przez porowatą skórę. Ten opis podany przez Paulusa jest wzięty ze zbiorów Aëtiusza, który znów powiada, iż go wziął z pism Archigenesa, Aspazyi i Asklepiadesa.

13) Paulus utrzymuje, iż wręby powstają przy ujściu macicznem w skutek ciężkiego porodu. Z początku nie dają się spostrzedz, podczas gdy bóle porodowe są jeszcze niedawne, lecz późniéj można je namacać palcem, albo nawet podczas spółkowania; bo wtedy następuje krwawienie wywołane tarciem. Czasem można widzieć, iż rozszerzają pochwę,

Pomoc chirurgiczna, jak powiada, jest zbyteczną i podaje szereg leków, które są zupełnie stosowne, aby wywołać polepszenie. Czasem się zdarza, mówi Paulus, iż te wręby stają się trwałemi i pociągają za sobą szyszkowiny, które się tak samo leczy jak wręby. Hemoroidy tworzą się koło ujścia i szyjki macicznéj, można je rozpoznać za pomocą wziernika, trzeba je uchwycić kleszczykami i odciąć, albo można po prostu leczyć za pomocą środków ściągających. Ponieważ starożytni nie opisali polipa macicznego pod tém nazwiskiem, jest więc bardzo możliwém, iż rozumieli takowy i wszystkie inne obrzęki przez ogólne nazwisko hemoroidów. Aëtius radzi nie wdawać się z temi, które są twarde, żyłakowate i złośliwe, te które są twarde i nie krwawią, należy uchwycić szczypczykami i podwiązać przed wycięciem. Celsus i Aëtius obejmują każdy guz powstający z zapalenia wyrazem *condyloma*, a Paulus używa tego wyrazu jedynie na oznaczenie twardego obrzmienia. Octavius Horatianus zaleca „gałki“ zawierające arszenik, co ma być na pewne skutecznêm. Inni zalecają użycie krążków zawierających terpentynę.

14) Zwężenie ujścia macicznego nazywano *Phimosis*, lub jak i dziś *Stenosis*, ma ono następować po owrzodzeniu i według Paulusa leczy się zmiękczającemi kąpielami i zmiękczającemi krążkami. Aëtius wspomina o skuteczniejszym, lecz niebezpieczniejszym środku, mianowicie kawałku gąbki posmarowanéj maścią, zawierającą arszenik, ałun itd. Avicenna leczy tę chorobę jedynie za pomocą operacyi. (C. d. n.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Ósmy międzynarodowy Zjazd lekarzy odbędzie się w Kopenhadze 1884 r. między 10 a 16 sierpnia. Wydział gospodarczy składają: Prof. Dr. Panum prezes, prof. Lange sekretarz jeneralny, prof. Grut skarbnik. Pragnąc uczynić Zjazd świetnym i pożytecznym uchwalił Wydział gospodarczy wejść w porozumienie z przedstawicielami nauki lekarskiéj, a to w celu wypracowania obszernego programu, który wraz z statutem rozesłany będzie tym wszystkim, którzy zwykli interesować się powodzeniem Zjazdów międzynarodowych. Wszelkie uwagi dotyczące programu należy przesłać na ręce sekretarza jeneralnego do 1 października rb.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 15—21 lipca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 28,6. Z ospy umarło 1 (0 z. t.); z płonicy 2 (0 z. t.); z błonicy 1 (0 z. t.); z krztuśca 0 (1 z. t.); z duru brzusznego 1 (1 z. t.); z gorączki połogowéj 1 (0 z. t.); z róży 1 (0 z. t.); z zimnicy 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 2ch przypadkach odry, 1 płonicy, 2 błonicy, 2 duru brzusznego. W tygodniu od 8—14 lipca umarło w Londynie z ospy 0, leczyło się w szpitalach 65, świeżo zapadło 3. W Budapeszcie, Walencyi i Filadelfii umarło po 2, w Warszawie, Madrycie, Murcyi i St. Louis po 3, w Pradze 14, w Madrasie 25, w Nowym Orleanie 28, w Rio de Janeiro 47. Z duru osutkowego umarło w Londynie, Walencyi i Murcyi po 1, w Petersburgu i Madrycie po 2, w Filadelfii 3, w Maladze 4. Od 18—25 czerwca doszło w Moskwie do wiadomości 485 przypadków chorób zakaźnych: 34 gorączki durzycowéj, 22 duru osutkowego, 14 duru brzusznego, 123 gorączki powrotnéj, 36 odry, 8 płonicy, 24 błonicy, 157 czerwonki, 38 zimnicy itd. W Rio de Janeiro umarło w 1éj połowie maja 124 z febry żółtéj, 53 z innych chorób gorączkowych; w 2éj połowie 150 z febry żółtéj, 56 z innych chorób gorączkowych.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 8—14 lipca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 28,6; w Warszawie 38,1; w Poznaniu 31,0; w Wiedniu 31,6; w Budapeszcie 32,8; w Pradze 36,9; w Berlinie 63,9; w Wrocławiu 43,5; w Gdańsku 27,3; w Mnichowie 46,6; w Kolonii 46,5; w Dreźnie 31,9; w Lipsku 36,7; w Bazylei 16,7; w Brukseli 25,9; w Amsterdamie 28,4; w Hadze 28,9; w Paryżu 23,9; w Londynie 22,9; w Kopenhadze 21,4: w Stokholmie 25,5; w Chrystyjanii 19,6; w Petersburgu 28,1; w Odesie 49,6: w Rzymie 23,3; w Wenecyi 22,1; w Bukareszcie 26,2; w Madrycie 39,6; w Lizbonie 27,5; w Aleksandryi 37,3: w Nowym Jorku 23,2; w Filadelfii 18,8; w Madrasie 33,1. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 2 sierpnia. Do licznych zadań, jakie w obec srożącéj się na Wschodzie cholery, czekają nasz Zarząd zdrowia, należy umiejętna kontrola materyjałów spożywczych. Postęp chemii organicznéj, któremu ludzkość zawdzięcza tyle odkryć, posłużył niesumiennym producentom do fałszowania surowych materyjałów spożywczych, i to na tak wielką skalę, że rozwinęła się osobna gałęź przemysłu, przynosząca z jednéj strony hańbę, z drugiéj szkodę ludzkości. Europa zachodnia wzięła w obronę wyzyskiwaną i trutą ludność: powstały po miastach chemiczne pracownie, których zadaniem jest dokonanie analizy podejrzanego produktu; w takich pracowniach osoby prywatne znachodzą ochronę przed wyzyskiwaniem lub powolném truciem, a Zarząd zdrowia materyjał dowodowy dla władzy śledczéj.

Rzućmy okiem na fakta ogłoszone przez Girarda, dyrektora chemicznéj pracowni miejskiéj w Paryżu: w r. 1881 dostawiono 3361 próbek wina, a z tych tylko 387 było niesfałszowanych; reszta zawierała hałun, gips, niedokwas ołowiu, spirytus ziemniaczany, kwas siarczany, fuksyn itd. W piwie w miejsce chmielu stale znajdywano kwas pikrynowy, żółć wołową, aloes, kwasyję, piołun, wronie oko, strychnin, kubebę, jałowiec itd. W mleku sprzedawaném na placu targowym znajdywano najmniej 10% wody dolanéj, obok domieszki mąki, mózgu bydlęcego, białka, wody wapiennéj itd. Masło ulega nader częstemu sfałszowaniu; dla zatrzymania w nim wody producenci dodają hałunu, boraksu, szkła wodnego; dla zwiększenia objętości, mąki; dla podniesienia wagi: białéj glinki, gipsu, soli ołowiowych, wreszcie znajdywano obfitą domieszkę do masła innych tłuszczów. Istnieją fabryki, które wyrabiają kawę bez kawy (z mąki i gliny), ziarna tego produktu nie różnią się na oko od zwykłéj kawy; na 91 próbek z etykietą „superfine“ 13 tylko zawierały czystą kawę; podobnéj fabrykacyi ulega pieprz. Chleb, mąka, herbata, soki owocowe, konfitury niezmiernie rzadko niezawierają szkodliwych domieszek. O kosmetykach nie ma co już mówić.

W obec tak wysoce zbrodniczego i zgubnego stanu rzeczy społeczeństwo ma prawo żądać obrony. Instytucyja fizyka miejskiego nie jest w możności zadość uczynić tak rozległym wymaganiom; chemiczna pracownia przydzielona do bióra prezydenta miasta postawić może tę sprawę na właściwym gruncie. Tylko surowe kary nakładane na sprzedających sfałszowane produkta są w stanie powstrzymać złe, a droga ku temu prowadzić p winna przez miejską pracownię chemiczną do prokuratoryi.

* Na Uniwersytecie Jagiellońskim było zapisanych w r. b. na półroczu zimowém 719 słuchaczy zwyczajnych a 80 nadzwyczajnych. Wedle Wydziałów było w kursie zimowym na Wydz. prawnym 336 słuchaczy, na medycznym 321 (36 farmaceutów), na filozoficznym 84, na teologicznym 70. W kursie letnim zaś na Wydz. prawnym 318 słuchaczy, na lekarskim 311, na filozoficznym 71, na teologicznym 58. Różnica frekwencyi wynosiła w kursie zimowym 53 słuchaczy więcéj.

* Dzienniki lwowskie donoszą, że Wydział krajowy postanowił założyć we Lwowie szpital dla nieuleczalnych.

* Według nadesłanych nam wykazów do d. 24 lipca bawiło gości kąpielowych w Krynicy osób 2.237, w Szczawincy 1.848, w Cieplicach 6.509, w Giesshübl u 200.

* Wdowa po prof. fizyjologii w Rzymie Bollu, a córka prof. Traubego, otrzymała stopień doktora medycyny.

* W Würcburgu przekonano się, że wieńce weselne, sprzedawane w sklepach tamecznych, wszystkie zawierały arszenik, w skutek czego magistrat odstąpił aktów prokuratoryi.

* Dostawca chininu dla szpitali pragskich Lacombe uznany został winnym fałszowania tego alkaloidu i skazany przez sąd na rok więzienia.

* Zjazd 56y lekarzy i przyrodników niemieckich odbędzie się we Fryburgu w Bryzgowii we wrześniu od 18—21.

* Dziennik *Wołżskij Wiestnik* (z 26 czerwca s. st.) donosi o pojawieniu się w Orenburgu nagminnéj jakiéjś choroby, w przebiegu któréj występują drgawki, wymioty i rozwolnienie.

* *Turkiestanskije Wiedomosti* zestawiają statystyczne liczby, dowodząc szybkiego wzrostu w Turkiestanie plantacyj maku, z którego mieszkańcy wyrabiają makowiec.

* Znakomity badacz francuski P a s t e u r oświadczył ministowi handlu chęć zorganizowania naukowéj misyi w celu zbadania istoty cholery; w skład misyi mają wejść pp. Roux i Touillier asystenci Pasteura, oraz prof. Straus z Paryża i Nocard prof. szkoły weterynaryi w Alfort. Pasteur odniósł się pisemnie do lorda Granvilla w celu pozyskania pomocy rządu angielskiego dla misyi.

* *La Nature* (23 czerwca) donosi o rozbiorze powietrza dokonanym przez pp. Muntza i Aubina na rozmaitych miejscach kuli ziemskiéj. Zawartość kwasu węglowego waha się między 2,6 i 3,14 na 10.000; nocą ilość kw. węglowego zwiększa się: w Haiti ilość ta wynosiła w nocy 2,9 a w dzień 2,7; w Florydzie 2,95 i 2,89; w Martynice 2,85 i 2,73; w Czili 2,82 i 2,72 itd. Powietrze krajów południowych więcéj zawiera kw. węglowego, aniżeli północnych.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga.** Rodak nasz Dr. H o r b a c z e w s k i ma być niebawem mianowany profesorem zwyczajnym chemii fizyjolog. i patolog. w Wydziale lek. czeskim. W Wydziale lek. niemieckim nadzw. prof. anatomii patolog. Dr. Jan C h i a r i mianowany został profesorem zwyczajnym. — **Marburg.** Prof. M a r c h a n d z Giessen powołany został na prof. anatomii patologicznéj. — **Berlin.** Prof. W a l d e y e r ze Strasburga powołany został jako prof. anatomii opisowej po Reichercie. — **Wrocław.** Docent pryw. S o l t m a n n został mianowany prof. nadzwyczajnym.

* **Nekrologija.** Dr. Adam Ś w i r s k i z Jasła, lekarz zdrojowy w Iwoniczu zakończył życie w sile wieku. W Paryżu umarł Dr. A r c h a m b a u l t jeden z kierowników szpitala *des Enfants malades*, autor kilku cennych prac pedyjatrycznych. Wykłady jego z dziedziny chorób dzieci cieszyły się wielką popularnością w Paryżu. Również umarł Dr. Paweł D u b o i s w 45 roku życia, znakomity praktyk i zasłużony obywatel; rada miejska uchwaliła pochować zwłoki jego kosztem miasta.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 30: I. A. S o k o ł o w s k i e g o: O zaraźliwości suchot płucnych ze stanowiska klinicznego. — S. H u z a r s k i e g o: Zarośnięcie i zwężenie pochwy, jako przeszkoda dla odbycia porodu. — Korespondencyja z Berlina: Z wystawy higijenicznéj. — W *Medycynie* Nr. 30: D o b r z y c k i e g o: Spostrzeżenia nad działaniem kairyny. Wiadomości z higijeny, medycyny publ. i statystki lekarskiéj.

Redakcyja otrzymała:

Dr. ŻULIŃSKI Tadeusz: Ruch mięśniowy i wpływ jego na zdrowie człowieka. Lwów 1883.

Dr. J. HNĚVKOVSKY: Das Schleimhautpolster der Paukenhöhle beim Fötus und Neugeborenen und die Wreden-Wendsche Ohrenprobe. Wien 1883.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. U. w Lublinie: Otrzymaliśmy, dziękujemy. **Dr. K. w Oświęcimie:** Dopiero we wrześniu zadość życzeniu uczynić będziemy mogli.

W zastępstwie redaktora: **Dr. A. Kwaśnicki.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsee po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 11 sierpnia 1883. № 32. Rok XXII.

I. Wykład habilitacyjny Dra W. Jaworskiego. O powstawaniu i rozpoznawaniu rozstrzeni żałądka.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 31.)

III. Rozpoznawanie rozstrzeni żołądka.

Przedstawiwszy dotąd przyczyny, sposób powstawania i istotę rozstrzeni żołądka, przystępuję w dalszym ciągu do rozpoznawania klinicznego tego stanu chorobowego.

Aczkolwiek badanie kliniczne żołądka w ostatnich 10 latach znakomicie postąpiło, bo nie tylko uczyniło nam dostępném wnętrze samego narządu dla pośredniego dotyku i manipulacyi za pomocą sondy, wprowadzonéj w użycie przez prof. Kussmaula, ale nawet i dla wzroku, za pomocą wziernika prof. Mikulicza, pomimo to czuje każdy klinicysta pewną niedostateczność przy wszystkich dotąd podanych sposobach badania, które dopiero razem zastósowane i zestawione dają pewne wyobrażenie o stanie narządu. Dlatego przy badaniu żołądka nie może się lekarz ograniczyć li tylko do zbadania jedną metodą, gdyż wtenczas postawiony wniosek będzie jednostronny i zwykle mylny.

A) Na wstępie wspomniałem o próbach oznaczania pojemności żołądka za pomocą wlewania płynów, lub gazów, które to metody, już same dla siebie mogłyby dać dokładny, bo liczbami przedstawiony obraz rozszerzenia żołądka. Jednak tak z powodu nie wielu dat zebranych w tym kierunku, jakotéż w braku jeszcze krytyki tego postępowania, rzecz tę jako dla zastósowania klinicznego jeszcze nie dojrzałą pomijam. Muszę jednak zwrócić uwagę na jedną okoliczność, mającą związek z pojemnością żołądka, mianowicie na pojawianie się obfitych wymiocin w późniejszych okresach choroby; jeżeli ilość jednorazowa wymiocin dochodzi do 4 lub 5 litrów, to nie ulega wątpliwości, że mamy do czynienia z rozwiniętą rozstrzenią żołądka. Chociażby w innych przypadkach ilość wymiocin nie była tak znaczną, a jednak przedstawiała ciecz już fermentującą, i pod mikroskopem grzybki, zwłaszcza komórki drożdżowe, to słusznie twierdzi Naunyn, że jeżeli niema jeszcze wybitnéj rozstrzeni żołądka, to z pewnością istnieje już niedowład warstwy mięsnéj. Wymiociny cuchnące niekiedy kwasem siarkowodowym, zawierające pokarmy niestrawione, spożyte przed kilkoma dniami, wskazują na rozstrzeń żołądka wyższego stopnia i dłużéj trwającą.

2. Objawy aspekcyjne w rozstrzeni żołądka większych rozmiarów są bardzo charakterystyczne. Na cienkich powłokach brzusznych można niekiedy spostrzedz, poniżéj łuku żebrowego lewego, zarysy dolnéj granicy żołądka, obniżonéj do linii pępkowéj pozioméj, a nawet spojenia łonowego, przyczém od czasu do czasu można spostrzegać ruchy faliste, przebiegające od strony lewéj ku prawéj, wywołane ruchem robaczkowym ścian żołądka. Ruch ten w wielu przypadkach można sztucznie wywołać przez nagłe oziębianie ścian brzusznych, stawiając np. szklankę z zimną wodą na okolicę żołądka. Trzeba jednak jeszcze zwrócić uwagę na okoliczność, zauważaną przez Leubego, że ruch falisty, spostrzegany w téj okolicy, niezawsze pochodzi tylko od żołądka, lecz i od ruchu robaczkowego jelita cienkiego, które się wsunęło między żołądek i ściany brzuszne.

3. Palpacyja okolicy rozszerzonego żołądka daje według wyrażenia Bambergera uczucie poduszkowate, przyczém niektóre miejsca mogą przedstawiać większy opór, lub guzowate wyniosłości, co można wyśledzić w okolicy między wyrostkiem mieczykowatym a pępkiem, w które to miejsce obniża się zwykle stwardniały odźwiernik rozszerzonego żołądka. W stanie prawidłowym leży bowiem odźwiernik według Luschki nieco na prawo od linii środkowéj mostkowéj, na trzy palce nad wyrostkiem mieczykowatym. W niektórych zaś przypadkach rozstrzeni może on opaść nawet niżéj pępka, wtenczas i krzywizna mała staje się przystępną dla aspekcyi i palpacyi. W szczególnych przypadkach, jak przytacza Schliepp można za pomocą palpacyi odgraniczyć żołądek po występującéj bolesności.

4. Osłuchiwanie rozszerzonego żołądka nie przedstawia nic szczególniejszego, oprócz tak zwanego szmeru fermentacyjnego, podobnego do szelestu baniek wydobywających się z wody sodowéj, a powstającego z wywiązywania się gazów podczas rozkładu treści żołądkowéj. Jeżeli jednak ściany brzuszne w okolicy żołądka bywają palcami raźnie wstrząsane, słyszy się czasem przy osłuchiwaniu i w znaczniejszéj odległości rodzaj chlupania cieczy, jakoby przy wstrząśnięciu dzbanka do połowy wypełnionego. Chlupanie to występuje niekiedy i przy ruchach chorego, tak np. opisuje Leube, że w jego klinice chory z rozstrzenią żołądka przeszkadzał spać swoim towarzyszom przez chlupanie żołądkowe. Chlupanie żołądkowe występuje czasem przy głębokim oddechu w skutek wstrząśnięcia żołądka przez przeponę. Aczkolwiek chlupanie jest stałym objawem rozstrzeni żołądka, gdyż wykazuje w nim płyn nagromadzony i bywa uważane przez wielu lekarzy za objaw rozpoznawczy, to wśród badania żołądka nie można poprzestać jedynie na stwierdzeniu chlupania. Łatwo się bowiem przekonać, że podając zdrowemu do wypicia szklankę lub dwie wody, otrzyma się objaw chlupania, które dopiero po jednéj lub dwu godzinach ustępuje. Trzeba się więc zapytać, badając chorego, jak dawno spożywał pokarmy płynne lub napoje. W tym względzie utrzymuje Audhui na podstawie własnych doświadczeń, że chlupania już nie ma w 4 godziny po jedzeniu lub piciu u ludzi zdrowych. Wreszcie w wielu przypadkach może pochodzić chlupanie od płynu nagromadzonego w jelicie poprzeczném, a to ma miejsce często u chorych na żołądek, którzy z powodu zaparcia stolca muszą się uciekać albo do środków rozwalniających, lub do lawatyw, albo u których istnieje rozwolnienie z powodu stanu chorobowego jelit. Trzeba więc i pod tym względem zasięgnąć wiadomości od chorego. Zachodzącą wątpliwość można rozstrzygnąć jedynie za pomocą pompy żołądkowéj; po wydaleniu treści żołądkowéj chlupanie powinno zniknąć.

Wszystkie powyższe sposoby badania dają wprawdzie objawy charakterystyczne, lecz dopiero wtenczas, kiedy rozstrzeń już jest wybitniejszą. Chodzi jednak o to, aby i rozstrzenie miernego stopnia, które istnieją według spostrzeżenia Leubego jako *Dilatatio ventriculi latens*, a nie manifestują się jeszcze objawami przedmiotowemi, nie uszły baczności lekarza, gdyż w tym właśnie okresie jest leczenie najskuteczniejszém, a rokowanie względnie dobrém. Do metod dokładniejszego badania żołądka należy zaliczyć jego opukiwanie.

5. Opukiwanie żołądka daje często wśród korzystnych warunków już samo przez się wyniki dostateczne. Wykazanie rozstrzeni żołądka za pomocą wypuku polega na oznaczeniu obniżonéj jego dolnéj granicy. Stosownie do spostrzeżeń prof. Lesshafta, uskutecznianych w zeszłym roku na przeszło 1200 zwłokach, ta część krzywizny dolnej, która przy kliniczném oznaczeniu uchodzi za dolną granicę żołądka, przebiega w znacznéj liczbie przypadków pod łukiem żebrowym lewym, rozpoczyna się ona, wychodząc z pod łuku żebrowego, w przecięciu linii sutkowéj lewéj z chrząstką żebra dziewiątego, zniża się jeszcze nieco przebiegając ku stronie prawéj, i w przestrzeni między linią sutkową a przymostkową lewą leży jéj punkt najniższy, który dotyka przy mierném napełnieniu żołądka linii pozioméj, przepoławiającéj odstęp między pępkiem a wyrostkiem mieczykowatym. Od tego punktu wznosi się dolna granica w kierunku ku stronie prawéj tak, że w linii środkowéj ciała leży w połowie jednéj trzeciéj części odstępu między wyrostkiem mieczykowatym a pępkiem; następnie zniżając się przekracza nieco linią środkową i, niedosięgnąwszy zupełnie linii przymostkowéj prawéj, kończy się odźwiernikiem leżącym na trzy palce niżéj wyrostka mieczykowatego. Do tego opisu trzeba dodać jeszcze słowa prof. Lesshafta: „Położenie żołądka w ogóle jest bardzo zmienne, szczególnie na zwłokach, a dolna granica to wyżéj, to niżej ustawiona, do czego jelito poprzeczne się także stosuje“. Klinicyści jednak przyjmują za normę, że jeżeli dolna granica żołądka znaczniéj przekracza poziomą, połowiącą odstęp między pępkiem a wyrostkiem mieczykowatym, żołądek uważać należy za rozszerzony.

a) Opukując okolicę żołądka od łuku żebrowego na dół, słyszy się wszędzie odgłos jawny bębenkowy z tą różnicą, że u góry jest on nizki, a przy równoczesném osłuchiwaniu stetoskopem niekiedy z podźwiękiem metalicznym, u dołu zaś wyższy, co odpowiada według praw akustycznych w pierwszym przypadku większéj przestrzeni wypełnionéj powietrzem, zatém jamie żołądka, a w drugim mniejszéj, t. j. pętlom wydętego jelita. Ztąd téż miejsce, na którém następuje zmiana w odgłosie wypukowym wyższym a niższym, musi być uważane jako dolna granica żołądka. Opukując żołądek wprost w niewielu przypadkach dojdzie się do zamierzonego celu. Serönsen oznaczył bowiem dolną granicę żołądka wypukiem 10 razy dobrze na 17 przypadków; a docent Ponikło w swych doświadczeniach, przedsiębranych dla skontrolowania dotychczasowych metod oznaczania dolnéj granicy żołądka na zwłokach, mógł ją oznaczyć dokładnie tylko 6 razy na 21 przypadków, a na 12 przypadków oznaczenia dolnéj granicy żołądka u żywych osób mógł uważać tylko w 4 przypadkach wynik za pewny. Wyniki błędne przy oznaczaniu dolnéj granicy żołądka wypukiem mogą pochodzić z różnych przyczyn:

α) Jeżeli żołądek zakryty jest pętlą rozdętego jelita poprzecznego, powstaje również przy wypuku odgłos jawny i niski. Lesshaft bowiem zauważył na zwłokach, że wydęta pętla jelita grubego może się wznieść do wysokości czwartego przestworu międzyżebrowego. Granica więc żołądka, oznaczona przy takich warunkach wypukiem musi wypaść mylnie, jak to rzeczywiście stwierdził Dr. Ponikło, że na 21 przypadków dwa razy wydawało wydęte jelito poprzeczne, zakrywające żołądek, odgłos jawny bębenkowy niski z podźwiękiem metalicznym.

β) Czasem wypuk na ścianach brzusznych nie przedstawia żadnéj różnicy w wysokości, jeżeli np. jelita cienkie, jak to zauważał Leube, usuwają się pomiędzy ściany brzuszne i żołądek, co w doświadczeniach Dr. Ponikły miało miejsce dwa razy, albo jeżeli żołądek leży skurczony pod łukiem żebrowym, co również na 21 przypadków Dr. Ponikło dwa razy obserwował.

γ) Jeżeli żołądek jest wypełniony częściowo, to wypuk dolnego jego odcinka jest stłumiony, nad którém to miejscem może być wypuk jawny; lecz miejsce stłumionego wypuku nie wskazuje jeszcze na żołądek, gdyż ten sam objaw może pochodzić także i od jelita poprzecznego, wypełnionego treścią stałą, a pokrywającego żołądek, o czém się Dr. Ponikło na zwłokach dwa razy przekonał.

δ) Wypuk żołądka nie daje także pewnych wyników, jeżeli tenże, jak to w przypadku Stöckera, ma kształt nieprawidłowy np. klepsydrowaty, co Lesshaft zauważał

kilka razy podczas swych badań, mianowicie że żołądek bywa przesznurowany i wtedy przybiera więcéj postać jelita grubego.

b) Zwykłe wypukiwanie rozszerzonego żołądka nie daje zatém wyników pewnych; dla tego jeszcze w r. 1859 radził Oppolzer, aby wypukiwanie żołądka przedsiębrać najprzód w pozycyi stojącéj, podawszy wprzód do wypicia jedną lub dwie szklanki wody, a potém w leżącéj z obrotami ciała na lewo i prawo. Jeżeli w tych położeniach następuje zmiana miejsca odgłosu stłumionego, można stłumienie odnosić z wielkiém prawdopodobieństwem do płynu nagromadzonego w żołądku, a wykluczyć wypełnione jelito poprzeczne.

c) Sposób wypukiwania po wprowadzeniu płynu do żołądka określił dokładnie Piorry, polecając wypić pół litra wody i oznaczyć wypukiem w pozycyi stojącéj tak dolną jakotéż poziomą granicę cieczy w żołądku. Jeżeli jest rozstrzeń żołądka, to nietylko granica dolna okaże się obniżoną, ale nadto dolewając do żołądka znów pół litra płynu, obniża się ją jeszcze więcej, podczas gdy poziom cieczy zostaje w pierwotnéj wysokości. Nigdy bowiem nie można obniżyć jego dolnéj granicy przez wlewanie płynu do zdrowego żołądka poniżéj linii poziomej pępkowéj, którą to granicę Rilliet jeszcze w r. 1859 uważał za rozpoznawczą dla rozpoczynającéj się rozstrzeni żołądka; a Penzold przychodzi również do wniosku na podstawie swych doświadczeń, że po wypiciu jednego litra wody, pas stłumieniu żołądka u człowieka zdrowego zawsze zostaje ponad pępkiem. Możność dokładnego wypukania dolnéj granicy żołądka po wlaniu płynu stwierdził docent Ponikło na zwłokach i osobach żywych, tak zdrowych, jakotéż chorych, podaje nadto, że najwygodniéj jest wypukać pas stłumienia w pozycyi siedzącéj, nieco tułowiem w tył przegiętéj.

d) Pewniejsze wyniki daje wypukiwanie żołądka wydętego gazami, co ma miejsce w stanie chorobowym w chorobie zwanéj przez francuskich autorów *Dyspepsia flatulenta*, a sztucznie może być wytworzonym przez podanie środków burzących sposobem Wagnera. Bezwodnik węglowy wytwarzający się, wydyma okolicę żołądka, którego kontury w powłokach cienkich a wiotkich zarysowują się, a wypuk daje wybitną różnicę między odgłosem wysokim jelitowym, a niskim żołądkowym, który według tego, czy żołądek jest miernie, czy mocno napięty, wykazuje, przy równoczesném osłuchiwaniu stetoskopem, właściwy podźwięk metaliczny. Sposób ten, aczkolwiek na pozór nietrudny do wykonania, nie daje absolutnie dokładnéj granicy żołądka, albowiem chociaż według doświadczeń Beetza i Lesshafta krzywizna duża i podczas wypełnienia żołądka gazami pozostaje zawsze dolną ścianą, to pomimo to wysokość dolnéj granicy według większego lub mniejszego wypełnienia żołądka gazami jest nieco zmienną. Nadto Ebstein zauważył, że ta metoda w przypadku choroby zwanéj przez niego *Insufficientia pylori* nie daje się zastosować, gdyż bezwodnik węglowy, przechodząc przez niedomykalny odźwiernik, wypełnia i jelito, którego w tym stanie wypukiem od żołądka odgraniczyć nie można.

e) Do tego samego celu co wydymanie żołądka bezwodnikiem węglowym, ma prowadzić także metoda Schreibera, polegająca na wydymaniu cienkiego balonika, który umieszczony na dolnym końcu sondy okienkowéj, zostaje do żołądka wprowadzony i wydęty powietrzem, przez co żołądek również się wydyma. Metoda ta, trudna i przykra do zastosowania, daje wyniki niepewne, dlatego jako niepraktyczną, pomijam. (D. c. n.)

II. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od r. 1879 do 1882.

Podał Dr. **Emanuel Rosenblatt.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 30).

Przypadki te były następujące:

1. Salomea Kemplerówna, dziewczyna 12-letnia, córka nauczyciela prywatnego, przyjęta do szpitala dnia 5go sierpnia 1879. Matka choréj podaje, że dziewczyna narzeka już od lat 3ch na zawroty głowy połączone z bólem dotkliwym, a zwiększające się peryjodycznie co 2 tygodnie do tego stopnia, iż nikogo z otaczających nie poznaje, choć jest przytomną, płacze, narzeka i niespokojnie miejsce wciąż zmienia. Ponieważ rady kilku już lekarzów nic nie skutkowały, życzy sobie matka pozostawić ją w zakładzie dla przeprowadzenia leczenia.

O istnieniu skłonności do macinnictwa w rodzinie nic dowiedzieć się nie mogliśmy, matka z wyjątkiem przesady w mowie, połączonéj z żywą giestykulacyją, wrodzonéj zresztą téj klasie, do któréj należy, nic chorobowego pod tym względem nie przedstawia.

Dziewczyna dobrze odżywiona i ponad wiek swój rozwinięta, wyglądająca zdrowo i rumiano, blondyna o dużych niebieskich oczach, cerze zresztą delikatnéj, nie przedstawia żadnych zboczeń w narządach wewnętrznych. Mówi wiele, prędko i patetycznie, opisuje swój ból głowy i inne cierpienia w bardzo żywych kolorach, i żali się jak jest nieszczęśliwą, zalewając się rzęsistemi łzami, jednak po chwili śmiejąc się już jest w stanie wesołym. Na zapytania niedotyczące jéj cierpienia, odpowiada wprost i logicznie. Czynność narządów trawienia i wydzielania prawidłowa. W kilka dni po przyjęciu dostała chora zwykłego napadu. Leży w łóżku, żali się na bardzo silny ból w głowie, a głównie w jednėm miejscu nad kością ciemieniową, którego dotknięcie ból ten nadzwyczaj stopniuje, oraz na światłowstręt, kurcze w powiekach, szum w uszach i zawroty głowy, obawia się, żeby nie dostała pomięszania zmysłów. Badanie przedmiotowe nie wykazuje żadnych zboczeń w sferze ruchowéj lecz znaczną przeczulicę na skórze twarzy, czoła w okolicy środkowéj i sklepienia czaszkowego, szczególnie w miejscu ograniczoném po stronie prawéj niedaleko szwu strzałkowego. Nadto ucisk na okolicę jajnika lewego wywołuje silną reakcyję, gdyż chora jęczy bardzo i lamenty swe podwaja. W dalszym ciągu przy leczeniu chloralem, nastojem kozłka (*valeriana)*, a późniéj bromkiem potasu, utracała stopniowo wielomówność, humor nie zmieniał się tak raptownie, nie żaliła się więcéj na zawroty głowy, bóle i niepoznanie osób otaczających, a 22 sierpnia już opuściła zakład wyleczona, prawdopodobnie jednak tylko na czas krótki, aż do wystąpienia nowych jakich szkodliwych warunków.

Rozpoznanie w przypadku tym było dość łatwém. Ponieważ stanowczo wykluczyć było można cierpienia, mogące tak silne bóle wywoływać a mianowicie, nieżyt błony śluzowéj w jamach czołowych z nagromadzeniem wydzieliny, czy to samoistny, czy też to w skutek obecności robaków,

migrenę, rwę nerwów czołowych, a wreszcie sprawy ogniskowe w samychże ośrodkach nerwowych, które po trzechletniém trwaniu inneby już dawały objawy, pozostało nam tylko rozróżnić czy nie mamy do czynienia 1. z udawaniem, 2. z stanem ogólnego podrażnienia, (*neurasthenia*), i 3. macinnictwem. Udawanie częstszém jest w wieku dziecięcym, aniżeli ogólnie przypuszczają, a odróżnienie jego od macinnictwa tém jest trudniejszém, iż należy ono często do objawów macinnictwa, dla tego musimy w wielkiéj części przypadków oprzeć rozpoznanie tylko na rozważeniu, czy i jaką korzyść miałoby udawanie to dla dziecka, wreszcie na przebiegu, długości trwania i wyniku leczenia. Co do naszéj pacyjentki, to uczęszczała ona do szkoły bardzo chętnie i miała robić bardzo dobre postępy, lubiała towarzystwo rówienniczek, a na obejście się z nią rodziców choroba ta żadnego wpływu nie miała, nie była pieszczoną ani żałowaną. Daléj trwała choroba już lat 3, co na udawanie samoistne byłoby za długo, gdyż wtenczas wyszukałaby sobie chora już inne jakie cierpienie, na któreby się tak samo żalić mogła; podawała stale uczucie bólu w miejscu ograniczoném na kości ciemieniowéj, co często właśnie u macinniczek się przydarza, (*clavus hystericus*), zmieniała nadzwyczaj łatwo humór, a wreszcie, co téż jest ważném, zachowywała się tak samo, jeżeli nikogo ze służby lekarskiéj ani z posługi szpitalnéj na sali nie było, o czém od innych małych pacyjentek dowiedzieć się było można i objawiała nakoniec wielomówność i patetyczność, cechującą macinnictwo a nie dającą się odnieść li tylko do udawania.

Jeszcze trudniejszém jest odróżnienie macinnictwa już rozwiniętego od tak zwanego usposobienia nerwowego, (*état nerveux, neurasthenia*), z którego zarówno potém macinnictwo rozwinąć się może, jak i inne neurozy lub téż i psychoneurozy. Z uwagi jednak na wspominany już poprzednio, stale podawany ból nad ciemieniem, z uwagi na peryjodyczne pogarszanie się choroby, połączone z światłowstrętem, przeczulicą, płaczliwością, zawrotami głowy i niepoznawaniem wrzekomem osób otaczających, przy zupełnéj zresztą przytomności, występujące bez przyczyny jakiéjś zewnętrznéj, bez poprzedzającego drażnienia choréj, bez poprzedzającéj przykrości ze strony otoczenia, i z uwagi wreszcie na prędkie, jak na razie, wyleczenie środkami przeciwmacinniczemi, nie wahamy się przypadek ten uważać za przypadek macinnictwa, które dopiero w okresie rozwoju płciowego wystąpi zapewne z liczniejszemi, a dla otaczających cięższemi znamionami.

Tak jak w przypadku 1. mieliśmy do czynienia głównie z objawami w dziedzinie czuciowéj, tak w przypadku 2. główną rolę odgrywały zboczenia w dziedzinie ruchowéj, których część jednak tylko sami mogliśmy zauważyć, podczas gdy resztę podajemy tylko według wywiadów.

2. Chaim Vogelfang, chłopiec 8-letni, syn handlarza z Wiśnicza, przyjęty 28 maja 1880. Wywiady: Pochodzi z rodziny zdrowéj, w któréj nie było dotąd żadnego przypadku macinnictwa, ani innéj choroby nerwowéj. Rodzice nie są spokrewnieni. Chłopiec cierpiał w pierwszych latach życia ciągle na choroby przewodu pokarmowego, zresztą żadnych innych chorób nie przechodził. W ostatnim czasie był zupełnie zdrowym na ciele i na umyśle. Przed 10 tygodniami upadł na grzbiet ślizgając się na lodzie. Zaraz po upadnięciu nie wystąpiły żadne przypadki chorobowe, tylko w 4 dni późniéj wystąpił obrzęk moszen i prącia, które chory odnosił do stłuczenia się skutkiem upadku. Równocześnie doznał bólu w krzyżach, cierpienia te jednak nie przeszkadzały mu w chodzeniu, a obrzęk wnet ustąpił. Dopiero znów przed 5ciu tygodniami nie mógł nagle na pięty następować, lecz chodził tylko na palcach, a równocześnie nie mógł ani chodzić powoli ani stać na miejscu spokojnie, gdyż zaraz upadał, i tylko około stołu do chodu się puszczał, co jednakowoż prędko wykonywał. Te ostatnie przypady trwały dwa dni, po których już wcale chodzić nie mógł. Na bóle się nie żalił, odnogi dolne znajdowały się w stanie skurczenia zginaczy. Stan ogólny się nie zmienił. Przed dwoma tygodniami dostał szczękościsku trwającego od 3éj godziny popołudniu do południa dnia następnego, a równocześnie znowu utracił mowę, choć według opowiadania ojca pojedyncze słowa hebrajskie z książki do modlitwy przeczytywał. Następnego dnia już i czytanie było niemożliwém. Przed 8 dniami dostał drugiego napadu szczękościsku, trwającego przez 24 godzin, przyczém wcale przytomności nie tracił, sam sobie łyżeczką szczęki rozważał i wlewał mleko. Po tym napadzie nastąpiło utrudnienie połykania, lecz z tą modyfikacyją, że potrawy suche połykał jeszcze dość łatwo, płynnych zaś wcale przełknąć nie był w stanie. Mięśnie zdzierzgacze odbytu i pęcherza zachowywały się prawidłowo.

Badany w dniu przyjęcia przedstawiał stan następujący: chłopiec dobrze odżywiony, kościec prawidłowy, cera zdrowa, czerstwa, włos czarny. Podściółka tłuszczowa dobrze rozwinięta, mięśnie dość jędrne. Błony śluzowe ust, dziąseł i przełyku prawidłowe, blizn i śladów przebytéj błonicy na przełyku nie ma. Gruczoły karkowe i szyjowe niemacalne. Mięśnie gałek ocznych działają prawidłowo, źrenice miernie zwężone oddziaływają dobrze na światło. Otoku usznego nie ma. W narządach oddechania, krążenia i trawienia zmian żadnych.

Odnogi dolne w stawach biodrowych i kolanowych zgięte, chory może tylko siedzieć, nóg wcale do stania wyprostować nie może, gdy tymczasem położony na wznak wykonywa wszystkie ruchy odnogami. Postawiony na ziemi, dotyka jéj tylko palcami, odnogi jednak daléj zgięte. W sferze czuciowéj zmian nie ma. Na pytania zadane, choć je rozumie, nie odpowiada głosem, lecz tylko znakami. Reakcyja mięśni tak odnóg górnych jak i dolnych na prąd przerywany wszędzie raźna i energiczna. Akt połykania prawidłowy. Chory spokojny, nowe otoczenie go zajmuje. Już po 2ch dniach stan chorego się zmienia. Odpowiada dokładnie na każde pytanie nietylko pojedyńczemi słowami, lecz także i zdaniami, i okazuje stosunkowo znaczną inteligencyję. Staje spokojnie na podeszwach, chód jest pewny, ruchy odnóg dolnych prawidłowe; stoi dobrze z zamkniętemi powiekami, a nawet na jednéj nodze. Połykanie tak płynnych jak i stałych pokarmów prawidłowe. Natomiast występuje przeczulica skóry na kadłubie. Po dalszych kilku dniach wszystkie chorobowe objawy ustąpiły, tak że już 4 czerwca opuścił zakład jako wyleczony. Jedynem leczeniem było faradyzowanie odnóg.

Rozpoznanie w przypadku powyższym było już o wiele łatwiejszém: różnorodność przypadów właściwych macinnictwu jakoto: utrudnienie połykania (*dysphagia paralytica*), utrata mowy (*aphasia*), objawy odpowiadające niezborności odnóg dolnych (*ataxia*), przykurczenia, przeczulica, obok prawidłowego oddziaływania na prąd elektryczny, nagłe występowanie przypadków chorobowych i również nagłe ich ustąpienie, wyleczenie w ciągu krótkiego bardzo czasu, bez zastosowania środków, któreby choremu były przykremi, jak się to przy udawaniu zdarza, cechują dostatecznie chorobę, z którą

mieliśmy do czynienia i pozwalają stanowczo wykluczyć wszelkie inne, a nawet i symulacyję, przy któréj to przeciwnie chorzy nie tak szybko podanie swoje co do siedziby choroby zmieniają, i trzymają się stale niektórych tylko objawów.

Czy podane mi daty anamnestyczne, tyczące się rodziców obydwu chorych były prawdziwemi, czy dzieci nie obcowały z chorymi macinnictwem dotkniętemi, i czy w czasie późniejszym objawy macinnictwa na nowo wystąpiły, mimo starań poczynionych, dotychczas dowiedzieć się nie mogłem. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

E. Roth (w Belgradzie): **Przypadek otrucia nastojem tojadu.**

Żona wyrobnika, chcąc nieść pomoc mężowi choremu na gościec stawowy, wystarała się o dwie flaszeczki lekarstw, z których jedna była większa z napisem „zewnętrznie,“ w drugiéj mniejszéj znajdowała się ciecz żółtawa, przeźroczysta, którą należało, według rady partacza lekarskiego, podawać choremu co trzy godziny po pół łyżki stołowéj. Natychmiast po podaniu pierwszéj dawki doznał chory wymiotów, a spluwając resztę leku oświadczył, że to zapewne na wymioty bo doznaje nudności. W chwilę późniéj spostrzegła żona, że mąż charczy, leży wyprostowany w łóżku z podniesionemi ramionami, z wzrokiem osłupiałym i nie oddziaływa na wołanie. Przy pomocy sąsiadów podniosła go, i wtedy począł wymiotować, skarżąc się na ból w żołądku, twierdził, że to wszystko skutkiem lekarstwa i, że ono sprowadzi jego śmierć. Kilkakrotnie występowały wymioty i stężenie ogólne, a śmierć nastąpiła w 2 godziny po wypiciu leku. Przytomność była utrzymana jeszcze na krótki czas przed śmiercią.

Przy sekcyi sądowéj, wykonanéj w parę dni, spostrzeżono wysięki surowicze w kilku stawach, jako następstwo pierwotnéj choroby, obraz ostrego zapalenia żołądka i obrzęk płuc, jako objaw końcowy tak, że w orzeczeniu uwydatnili znawcy, iż co do rozstrzygnienia o związku przyczynowym pomiędzy zmianami znalezionemi a spożyciem podejrzanego leku, powstrzymają się aż do przekonania się w drodze chemicznéj, co zawierała mniejsza flaszeczka. Badaniu chemicznemu poddano również małą ilość ceglasto-czerwonéj treści żołądka, jednak badanie jéj nie doprowadziło do dodatniego rezultatu. Rozbiór chemiczny płynu z flaszeczki wykazał, że jest on czystym wyskokowym nastojem tojadu; większa flaszeczka zawierała środek obojętny do stósowania na skórę w okolicy dotkniętych stawów, gdy badanie w trzewach jak również w treści żołądka nie wykazało trucizny.

Okoliczności, na które należy zwracać uwagę w przypadkach otrucia, a mianowicie uwzględnienie przebiegu przypadów chorobowych za życia, obrazu pośmiertnego i badania chemicznego, zestawione w tym przypadku, przedstawiały rzecz w ten sposób: mężczyzna w sile wieku, dobrze zbudowany i cierpiący na gościec stawowy, doznaje nagle po wypiciu leku przypadów chorobowych, których dotąd nie spostrzegano, sam przyznaje, że to wszystko jest następstwem leku i ma przeczucie bliskiéj śmierci. Po dwu godzinach cierpień żyć przestaje. To nagłe wystąpienie przypadów przemawia stanowczo za istnieniem związku pomiędzy wypiciem leku a zakończeniem śmiertelnêm. Badanie chemiczne wykazuje niewątpliwie, że flaszeczka zawiera nastój tojadu; pozostałość po wyparowaniu zachowuje się charakterystycznie po dodaniu kwasu siarkowego zgęszczonego i rozczynu cukru, jak niemniéj barwi się czerwono po dodaniu rozcieńczonego kwasu fosforowego, nie ulega więc wątpliwości, że w rozczynie znajdował się akonityn. Nieprawdziwości twierdzenia obwinionego partacza, jakoby w téj flaszeczce miały się znajdować nastoje goryczki, piołunu, kozłka i cukier dowodzi już sama woń i barwa téj mięszaniny, a oprócz tego zmiany, których doznaje pozostałość po odparowaniu, żarzona na blaszce platynowéj. Największa jednorazowa dawka nastoju tojadu wynosi według lekospisu niemieckiego 1 grm., na dzień 4 grm. Tego to leku dał obwiniony 25 grm. kobiecie niedoświadczonéj z poleceniem, aby zadawała mężowi co trzy godziny po pół łyżki, a więc 6—7 grm., ilość aż nadto dostateczną do pozbawienia życia człowieka dorosłego, użytą zwłaszcza naczczo, jak to miało miejsce w tym przypadku. Nieliczne znane przypadki otrucia nastojem tojadu różnią się między sobą co do wielkości dawki zabójczéj, zależy to bez wątpienia od rodzaju i dobroci korzenia, z którego nastój sporządzono; Falck podaje, że ilość 3·75 grm. należy uważać za dawkę śmiertelną, a jak wnosić należy z przypadku opisanego przez Sonnenscheina, działają zbiorowo nawet mniejsze dawki przez dłuższy czas używane. W przypadku niniejszym nie dostaje pewnych spostrzeżeń, a mianowicie co do zachowania się tętna, źrenic itp., gdyż przypadek obserwowali laicy, jednak objawy przez nich tylko spostrzegane są dostatecznemi do skreślenia obrazu ostrego otrucia, środkiem działającym na układ nerwowy. Nawet tężcowe drgawki, pojawiające się rzadko jako następstwo otrucia tojadem, spostrzegła żona zmarłego. Obraz sekcyjny nie przedstawiał zmian charakterystycznych jak w ogóle w otruciach środkami działającemi na układ nerwowy, spostrzeżono jedynie świeże zmiany zapalne w dolnéj części gardziela, w żołądku i dwunastnicy, obok licznych wybroczyn wśród błon śluzowych tych narządów; obrzęk ostry płuc i krew ciemno-czerwoną. Tak tedy należało koniecznie przyjąć, że śmierć była następstwem otrucia, mimo że śladów trucizny nie zdołano wykryć, czemu się zresztą i dziwić nie można, gdyż chory zwymiotował znaczną część leku. Według zapatrywań doświadczonych lekarzy sądowych wynik dodatni rozbioru chemicznego nie jest koniecznym warunkiem w rozpoznaniu otrucia. Chociażby nawet badanie chemiczne nie dopisało, gdy tylko reszta okoliczności towarzyszących przypadkowi przemawia za otruciem i to tak zgodnie jak w naszym przypadku, nie można żadną miarą przypuścić innéj przyczyny śmierci. Na podstawie stanowczego orzeczenia w tym duchu skazał sąd partacza na karę 9 miesięcznego aresztu. (*Vierteljahrsschrift für ger. Med.* T. 39, 1883).

Dr. Schaitter.

Prof. Semmola: **Nouvelles recherches experimentales et cliniques sur les albuminuries et principalement sur l'albuminurie de Bright.**

Na posiedzeniu paryskiéj lekarskiéj Akademii, odbytém d. 5 czerwca rb., wyłożył prof. Semmola (z Neapolu) swoje zapatrywania na białkomocz, towarzyszący chorobie Brighta; poglądy Semmoli, które on oparł na spostrzeżeniach klinicznych i doświadczeniach na zwierzętach, rzucają nowe światło na patologiję nerki i z tego względu zasługują na bliższe poznanie.

Nowość poglądu Semmoli polega na twierdzeniu, że białkomocz w chorobie Brighta nie jest skutkiem, lecz przyczyną tych anatomicznych zmian w nerce, którym ten narząd

ulega, że w ogólném pojęciu białkomocz powstać może z przeszkód mechanicznych w krążeniu, daléj w skutek zmian chorobowych przybłonka w zapaleniu nerki itd., lecz w chorobie Brighta pochodzi on ze schorzenia samego białka krwi (*albuminuria haematogena*), które nie będąc asymilowane, wydala się jako ciało obce nerkami, przyczém drażni ten narząd i sprowadza jego zapalenie. Już w r. 1850 udowodnił Semmola, że rodzaj pożywienia ma wielki wpływ na stopień białkomoczu, że podając tym chorym pokarmy wyłącznie azotowe, zwiększamy w dwa lub trzy razy utratę białka i odwrotnie, żywiąc pokarmami mącznemi, zmniejszamy białko w moczu do połowy a nawet czwartéj części. Ten wpływ pokarmów na stopień białkomoczu doprowadził Semmolę do przypuszczenia, że sprawa utraty białka moczem polega w chorobie Brighta na niedostateczném utlenianiu ciał białkowatych krwi i na następowém ich wydalaniu nerkami; późniejsze prace tego badacza (r. 1861) doprowadziły go do wniosku, że przesączanie się białka ze krwi przez nerkę odbywać się może bez wszelkich zmian chorobowych przybłonka nerkowego, a natomiast, że skutkiem przesączania się białka powstaje czynnościowe podrażnienie, nawał krwi, a w końcu zapalenie nerki.

Krytyka ówczesna nie przekonała Semmoli, z biegiem lat i wydoskonaleniem metody doświadczalnéj upewnił on się w swych twierdzeniach, które oparł na następujących wynikach i zasadach: 1) jednocześnie z wystąpieniem białkomoczu brajtowskiego zmniejsza się ilość mocznika będącego w wiadomym fizyjologicznym stosunku do białka krwi 2) białko zebrane z moczu i wydzielone ze krwi téj samėj osoby, cierpiącéj na chorobę Brighta, posiada jednakie cechy chemiczne; ta tożsamość białka nie ma miejsca w białkomoczach niebrajtowskich; 3) jednoczeŝne zajęcie obu nerek w chorobie Brighta nie świadczy o miejscowéj, lecz o ogólnéj przyczynie choroby.

Przekonawszy się o niedoskonałości odczynników chemicznych, używanych dla odróżniania między sobą istot białkowatych, zmienił Semmola od trzech lat kierunek swych badań. Spostrzegłszy, że przesączalność istot białkowatych krwi nie jest jednaka, badał on je pod tym względem i doszedł do następujących wyników: 1) istoty białkowate z krwi osób, cierpiących na chorobę Brighta, przesączają się o wiele silniéj, aniżeli pochodzące z krwi osób cierpiących na białkomocz niebrajtowski; 2) badając surowicę krwi osób cierpiących na chorobę Brighta w okresie pierwszym, a więc uleczalnym, przed i po ustąpieniu choroby, stwierdzamy, że przesączalność białka wzmaga się, zmniejsza się i ustaje w prostym stosunku do ilości białka w moczu i do stopnia nasilenia i okresu choroby; zmiany drobinowe istot białkowatych, stanowiące istotę ich przesączalności i nieasymilacyi, pochodzą z zaburzeń czynności skóry. Szeregiem doświadczeń i spostrzeżeń klinicznych stwierdził Semmola zależność wzajemną, zachodzącą między czynnością skóry z jednéj, a zaburzeniami przesączalności istot białkowatych krwi z drugiéj strony. Pokrywając werniksem skórę zwierzęcia, wywoływał Semmola przesączalność białka i białkomocz, którego stopień zależał od wielkości powierzchni skóry pokrytéj werniksem. Żółć w takich razach również zawierała białko 3—5 na tysiąc.

Co do spostrzeżeń klinicznych, to S. zgromadził cały szereg przypadków wyprysku przewlekłego i łuszczycy, stwierdzających wspomnianą wzajemną zależność czynności skóry z czynnością wydzielniczą nerek. Przytacza on jeden przypadek łojotoku, w którym tłuszcz skórny odgrywał rolę werniksu, i dawał wyniki otrzymane przy doświadczeniach z werniksem; chory ten wyzdrowiał, po zastósowaniu leczenia hydroterapeutycznego i białko w moczu znikło.

Podług Semmoli powstawanie choroby Brighta miałoby zależeć od następujących czynników: pod długotrwałym wpływem wilgoci i chłodu powstaje zaburzenie czynności przewiewu skórnego, które pociąga za sobą głębokie zmiany istot białkowatych krwi; pierwszy więc etap choroby Brighta polega podług S. na 1) wzrastającéj zdolności przesączania się istot białkowatych, i zmniejszeniu się ich asymilacyi, 2) na zmniejszeniu się wydzielania mocznika z jednéj strony, i forsownego wydalania istot białkowatych wszystkiemi drogami wydzielniczemi, a w pierwszéj linii nerkami. Idąc z logiką swych pojęć, S. badał żółć umarłych na chorobę Brighta, i stale wykrywał w niéj białko; natomiast w żółci nieboszczyków zmarłych z objawami białkomoczu nie zależnego od choroby Brighta, nigdy białka nie wykrył; analogiczne wyniki otrzymał S. badając pot i ślinę. Ostateczny rezultat tych badań jest ten, że w białkomoczu towarzyszącym chorobie Brighta organizm wyzbywa się niezaasymilowanego białka wszystkiemi naturalnemi przewodami; natomiast białkomocz, powstający z powodów mechanicznych lub przy pierwotném zapaleniu nerek, powstaje bądź w skutek wad krążenia krwi, bądź zmian miejscowych (przybłonka) w nerce. Pozostało tylko udowodnić doświadczalnie, że istoty białkowate, stawszy się niezdolnemi do zasymilowania, są w stanie wzniecić swém przejściem przez filtr nerkowy, sprawę chorobową, analogiczną z chorobą Brighta. Semmola w tym celu uskutecznił szereg doświadczeń nadzwyczaj pouczających: wstrzykiwał on zwierzętom podskórnie 20—70 gramów dziennie białka z jaja, mając zawsze na względzie wagę zwierzęcia, ażeby zachodził prosty stosunek między ilością wstrzykniętego białka a wagą zwierzęcia. Już nazajutrz po wstrzyknięciu spostrzegł S. nawał krwi do nerek, czasem przy tém następowały wybroczyny. Miedniczki były w takim razie wypełnione nagromadzoną wewnątrz nich istotą bezkształtną lub ziarnistą, posiadającą cechy białka; w dalszym ciągu emigrują ciałka białe krwi; następuje zwyrodnienie tłuszczowe, rozpad przybłonka i bujanie tkanki łącznéj. Następnie wstrzykiwał prof. S. podskórnie inne ciała, jakoto: żółtko, surowicę krwi, mleko itd., i doszedł do wniosku, że o ile mniéj różnią się ciała wstrzykiwane swemi cechami chemicznodrobinowemi od białka krwi, o tyle mniéj stają się szkodliwemi dla nerek.

Wywody prof. Semmoli, jeśli nie zostaną zaprzeczone, rzucą nowe światło na chorobę Brighta. Doświadczenia włoskiego profesora są dostępne dla każdéj anatomopatologicznéj pracowni, nie wątpimy więc, że będą przez innych badaczy podjęte i sprawdzone. (*Le Progrès Médical* Nr. 24).

Dr. A. Kwaśnicki.

T. Wiethe: **O wartości pilokarpinu jako odtrutki w zatruciach atropinem.**

Kahler i Drasche zauważyli, że poty i ślinotok wywołane wstrzyknięciem pilokarpinu, ustają po zastosowaniu atropinu i że ich nie można wzniecić powtórnie nowemi dawkami pilokarpinu; Luchsinger dowodził nawet, opierając swe twierdzenie na doświadczeniach, że 0·01 pilokarpinu znosi zupełnie działanie 0·003 atropinu i na odwrót. Rossbach doszedł jednak, że chociaż się wstrzyknie zwierzęciu ilość atropinu zaledwie dostateczną do porażenia nerwu okoruchowego i nerwów gruczołów potowych, a następ-

pnie wstrzykuje się pilokarpin w ilościach dowolnie zwiększanych, nie można wcale wywołać potów, gdy się przeciwnie najprzód wstrzykuje pilokarpin, a potém dopiero bardzo małą ilość atropinu, można poty wywołane nawet dosyć znaczną ilością pierwszego środka zupełnie powstrzymać. Po wstrzykiwaniu mieszaniny (0·01—0·02 pilokarpinu i 0·0005 atropinu) powstają poty, lecz zwierzę otarte należycie nie poci się więcéj, chociażby nawet drażniono odpowiednie nerwy. Podobnie ma się rzecz z zachowaniem się żrenicy pod wpływem tych dwóch środków, a każdy okulista mógł doświadczyć, że pilokarpin nie zwęża żrenicy rozszerzonéj działaniem atropinu, gdy przeciwnie samodzielne rozszerzenie żrenicy, powstałe z innych przyczyn, obok niezupełnego porażenia akomodacyi bywa usunięte tym środkiem. R o s s b a c h tłumaczy te zjawiska tém, że atropin poraża ośrodki nerwowe tak, że już żadnym innym środkiem nie można ich podniecić, a zgadza się to ze spostrzeżeniami innych badaczów, że serce żaby, które bić przestało pod wpływem pilokarpinu (w skutek podrażnienia włókien tamujących), zaczyna znowu bić pod wpływem atropinu, i bije już aż do wyczerpnięcia siły, nie ulegając wcale ponownym dawkom ani pilokarpinu ani żadnego innego w ten sposób działającego środka.

Jakże godzą się te wyniki doświadczeń ze spostrzeżeniami czynionemi w przypadkach otrucia atropinem, w których stosowano pilokarpin jako odtrutkę? Dwa takie przypadki ogłosił K a u d e r s; pierwszy z nich zakończył się śmiertelnie, w dwóch innych powstały poty i ślinotok dopiero po upływie wielu godzin od zastosowania pilokarpinu, a rozszerzenie żrenic utrzymywało się znacznie dłużéj tak że działanie pilokarpinu było w tych przypadkach dosyć wątpliwe. W przypadku ogłoszonym przez Juhácza (*Klin. Monatschrift für Augenheilk.*, 1882) rzecz miała się wprost przeciwnie, w miarę bowiem jak stosowano pilokarpin, zauważano ustępowanie przypadów otrucia atropinem, ale dopiero wtedy gdy użyta ilość pierwszego środka wyrównała potrójnéj ilości atropinu, niezwracano jednak wcale uwagi na okoliczność, że atropin zostaje nader szybko wydzielonym co naturalnie zmniejsza znacznie wartość pilokarpinu jako odtrutki.

Chcąc tłumaczyć skuteczność pilokarpinu, należałoby przypuścić, że pilokarpin zmienia w sposób właściwy skład chemiczny atropinu wchłoniętego, tak że nowo powstałe połączenie nie posiada już fizyjologicznych własności atropinu. Jednak wspomnione doświadczenia z wstrzykiwaniem mięszaniny atropinu i pilokarpinu przemawiają stanowczo przeciw takiemu przypuszczeniu. Przeciw istnieniu antagonizmu pomiędzy temi środkami, tak że bez zmiany chemicznéj działają obydwa na poszczególne narządy wprost przeciwnie, a działanie ich znosi się wzajemnie jak równe ilości dodatnie i ujemne, bez wpływu na organizm, jak niemniéj przeciw przypuszczeniu, że środek jeden ułatwia wydzielanie drugiego — przemawiają stanowczo przypadki obserwowane przez autora i rozebrane krytycznie, tak że na podstawie tych wszystkich spostrzeżeń i trzeźwéj krytyki dochodzi W. do przekonania, że zdanie R o s s b a c h a wypowiedziane, w téj kwestyi, jest zupełnie usprawiedliwioném. Ostatni twierdzie mianowicie, że „n i e m a a n t a g o n i z m u d w ó c h t r u c i z n a n i w d z i a ł a n i u n a p o s z c z e g ó l n e n a r z ą d y a n i w u t r z y m a n i u c z y n n o ś c i n i e z b ę d n y c h d l a ż y c i a. A t r o p i n p o r a ż a p e w n e o ś r o d k i n e r w o w e, a o n e s t a j ą s i ę z n o w u p o b u d l i w e m i j e d y n i e w s k u t e k p r z e m i a n y m a t e r y i, w s z e l k i e z a ś d r a ż n i e n i e, c z y t o p i l o k a r p i n e m, c z y t é ż t o p o m o c ą j a k i e g o k o l w i e k i n n e g o ś r o d k a, j e s t w t y m r a z i e z u p e ł n i e b e z w p ł y w u“. (*Wiener allg. med. Zeitung*, Nr. 29 i 30, 1883). *Dr.Schaitter.*

Prof. K ö b n e r (Berlin): **Przyczynek do nauki o przenośności jadu kiłowego na zwierzęta.**

Jeszcze przed ogłoszeniem pracy K l e b s a (1879), bo w r. 1861, podjął K ö b n e r będąc w Paryżu szereg doświadczeń, mających posłużyć do rozwiązania kwestyi przeszczepialności kiły na zwierzęta i podał ich wyniki akademii umiejętności w Paryżu w dwóch t. zw. *paquets cachetés*, następnie ogłosił je w krótkiém streszczeniu w archiwie Virchowa w zeszycie 88: *Uebertragungsversuche von Lepra auf Thiere.* Prof. I. N e u m a n n nie wspomina w swéj rozprawie (*Ist die Syphilis ausschliesslich eine Krankheit des menschlichen Geschlechts oder unterliegen derselben auch Thiere? Wiener med. Wochenschrift*, 1883, Nr. 8 i 9). ogłoszonéj w r. 1883 o téj pracy K ö b n e r a, któréj główne wyniki co do nieprzeszczepialności wytworów chorobowych zakażenia kiłowego zgadzają się wprawdzie równie z poglądami N e u m a n n a, jak i tych co się poprzednio zajmowali rozwiązaniem tego pytania aż do H u n t e r a wstecz, jednakże praca K ö b n e r a zawiera także i dodatne wyniki szczepienia ropy wrzodu wenerycznego miękkiego, i to na stosunkowo mało pod tym względem badanych miejscach. Z drugiéj strony poruszył K. w swém piśmie do akademii francuskiéj wiele ważnych szczegółów, których żaden z późniejszych badaczów nie uwzględnił. Szereg swych doświadczeń rozpoczął autor od tego, że usiłował wywołać ostre zakażenie ogólne, wstrzykując królikom w różnym stopniu rozcieńczoną i przesączoną ropę wrzodu miękkiego do żył szyjnych. Następnie po upływie różnych odstępów czasu, od 4 godzin do 12 dni wypuszczał im krew z żyły usznéj tylnéj i szczepił na własném ramieniu, zawsze bez skutku. Nie spostrzegł téż nigdy żadnéj zmiany w stanie ogólnym, ani w wewnętrznych narządach, ani wreszcie w jakości krwi zwierząt użytych do tych doświadczeń. Jeżeli zaś przed wstrzyknięciem rozcieńczonéj ropy podwiązał odpowiednią żyłę, jeżeli np. przed wstrzyknięciem do żyły szyjnéj zewnętrznéj, podwiązał żyłę szyjną wspólną, powstawało w znacznéj liczbie przypadków ograniczone zapalenie żyły i naokoło żyły (wyjątkowo tylko bez podwiązania téjże) tak, że np. cały podwiązany kawałek żyły zamienił się w ognisko ropne, otoczone w trój- lub nawet czwórnasób zgrubiałą jéj ścianą. Na wewnętrznéj powierzchni téjże znajdowały się guzki wielkości główki szpilki, składające się z komórek okrągłych przeważnie o jednêm jądrze i z młodych komórek tkanki łącznéj. Tak się rzecz miała w tych przypadkach, w których ropień w żyle powstał ku końcowi pierwszego tygodnia albo późniéj, w każdym razie po zespojeniu się rany w skórze i zwykle dopiero w drugim lub trzecim tygodniu przebijał się na zewnątrz małym otworkiem. Ale w jednym przypadku, w którym zwierzę trzeciego dnia po wstrzyknięciu do niepodwiązanéj żyły szyjnéj wspólnéj z niewiadoméj przyczyny żyć przestało, znalazł K. tkankę łączną naokoło zupełnie zaczopowanéj żyły ropą przesiąkłą, a w otoczeniu tkankę łączną podskórną i wśród mięśni posoką naciekłą. I ten właśnie przypadek choroby niewątpliwie przyrannéj naprowadził K. na myśl, że i opisane powyżéj zmiany uważać należy raczéj za przypadkowe powikłanie aniżeli za skutek wstrzykniętego jadu, tém bardziéj,

że następowe otwory w skórze nie okazywały dążności do szerzenia się, ale przeciwnie goiły się rychło.

Następnie szczepił K. ropę wrzodu miękkiego na wewnętrznéj powierzchni małżowiny usznéj królików, poczém powstawały, zgodnie z doświadczeniami Auziasa na małpach i kotach, (*Gaz. des hôpitaux*, 1844) tudzież Welza (*Gaz. medic.* 20 Juni, 1850), charakterystyczne wrzody miękkie, a do wytworzenia ich wystarcza według K. proste szczepienie lancetem bez poprzedniego wycinania przyskórka nożyczkami, które Auzias za konieczne uważa.

Z dodatnim wynikiem szczepił także K. ropę wrzodu miękkiego w spojówce powiekowéj; ale samo zetknięcie téj ropy ze spojówką nie wystarczało, musiał pierwéj zadrasnąć spojówkę lancetem choćby tak lekko, że krew się zupełnie nie pokazała, podczas gdy szczepienie w głębszych warstwach np. w tkance podśluzowéj najczęściéj się nieudawało. Drugiego dnia po takiém powierzchownem szczepieniu okazywała spojówka ograniczone zaczerwienienie i nastrzykanie, następnie tworzyły się drobne pęcherzyki, które powiększywszy się, zlewały się w jeden większy i pękały około 7go dnia, zostawiając powierzchowny nadżerek, otoczony czerwonym, lekko wyniosłym wałem. Nadżerek ten miał z początku skłonność do powiększania się wgłąb i wszerz. Wreszcie przez podniesienie się dna wrzodu coraz bardziéj zacierała się różnica poziomu dna i brzegów, a nawet tworzył się w miejscu wrzodu lekko wyniosły guzek. Około 40 dnia po szczepieniu znikało wszystko bez śladu, i tylko przy stosownem ukośnem oświetleniu można było spostrzedz lekkie zagłębienie skutkiem zaciągnięcia się tkaniny.

Ponieważ K. szczepił równocześnie dla porównania na drugiém oku ropę rzeżączki, także ropę dymienic czysto zapalnych i zołzowych itd. zawsze bez skutku, przeto uważa za dostatecznie stwierdzone zdanie, że ropa miękkiego wrzodu zawiera swoisty przyrzut, wbrew zdaniu Wigglesworth a (*Archives of Dermatology* 1878), a tém bardziéj Tanturiego (*Sull eterogenia dell ulcera non syfil. Il. Morgagni. Dispens. VIII*, 1874), któremu miało się udać przeszczepianie ropy wrzodu w skórze, powstałego po wycięciu przyskórka dla przesadzenia tegoż, aż do czternastego pokolenia, podejrzywając w tym przypadku wrzód pierwotny o *gangraena nosocomialis.* Co się tyczy wytworów właściwych zakażeniu kiłowemu, to K. szczepił wydzielinę kłykcin sączących w rogówce, wstrzykiwał ją do żył równie jak ciecz wyciśniętą ze świeżo wyciętych wrzodów twardych, przesadzał do tkanki podskórnéj cząstki kiłowych twardzieli i osutek guzkowych u królików i psów; lecz nietylko nieudało mu się nigdy wywołać ogólnego zakażenia ale nawet swoistych wytworów miejscowych nigdy nie widział, mimo bardzo różnych objawów oddziaływania miejscowego. W obec tego tracą na wartości doświadczenia Auzias-Turenne, a z nowszych doświadczenia Klebsa, które trzeba odnieść do gruźlicy, również doświadczenia Hamoniego i Martineau (*De la bactéridie syphilitique; de l'évolution syph. chez le porc. Compt. rend. de l'Acad. des sciences*, 1882, Nr. 10).

Ten ostatni opisał także małpę ze zmianami wrzekomo drugorzędnéj kiły (*Gaz. méd. de Paris*, 1883, Nr. 1 i 3) lecz i jéj powiększone gruczoły pachowe i karkowe muszą przejść próbę odczynników na prątki gruźlicze, zanim będzie można guzki na prąciu u niej uważać za kiłowe. To samo wreszcie da się powiedzieć o doświadczeniach Hansella (*Vorläufige Mittheilung über Versuche von Impfsyphilis der Iris und Cornea des Kaninchenauges. Archiv für Ophthalm.* XXVII, 3, p. 93), który szczepił ropną zawartość kilaków i lepieży (*plaques muqueuses*) w przodkowéj komórce oka królików i sam przyznaje, że guzki, które powstawały w rogówce i tęczówce, a w dwóch przypadkach także w wątrobie i płucach, miały wielkie podobieństwo do otrzymanych tym sposobem gruzełków, składały się bowiem z komórek okrągłych i przybłonkowatych i zawierały po kilka komórek olbrzymich.

Wreszcie szukał K. także prątków kiłowych, opisywanych przez Klebsa, Aufrechta, Birch-Hirschfelda i Morisona, lecz mimo, że używał wszystkich nowych sposobów barwienia, nie udało mu się ich nigdy znaleźć. (*Wiener med Wochenschrift*, Nr. 29, 1883).

Dr. Otto.

Dr. Mathieu: **Un cas de langue noire.**

Przed dwoma tygodniami przybył do paryskiego szpitala św. Ludwika chory z czerniaczką języka. Na środku grzbietowéj powierzchni tego narządu spostrzega się szeroką plamę czarną, przypominającą plamę atramentową; brodawki języka nadzwyczaj wydłużone, a zmoczone śliną pokładały się w jedną lub drugą stronę, jak bujna trawa po deszczu. Obraz ten przypomina podobny przypadek, opisany w r. 1869 przez Dra Raynauda, który utrzymywał, że w przerosłych brodawkach spostrzegał wielką obfitość zarodników pasożytniczych, a przez samo podobieństwo obrazu mikroskopowego nazwał tę zmianę chorobową strupieniem błony śluzowéj, gdyż zarodniki przez Raynauda widziane zupełnie podobne były do zarodników włosozrostu wyłyszającego. Niektórzy z klinicystów, którzy mieli sposobność spostrzegania czerniaczki języka, widzieli te zarodniki pasożytnicze, inni zaprzeczają ich istnieniu. Mathieu sądzi, że różnica zdań polega na różnicy techniki badania drobnowidowego; twierdzi on, że istnienie zarodników jest optycznym błędem, łatwym do wytłumaczenia. Podług niego przerosłe brodawki są przepełnione ziarnkami tłuszczowéj i ziarnistéj masy, którą należy przedewszystkiem usunąć, i w tym celu autor używał roztworu potasu, lotnika siarczanego, wyskoku i wody; umieszczał on brodawki w rurkach szklanych, które potrząsał w cieczy chemicznéj; następnie po zabarwieniu preparatu pikrokarminem, fuksynem itd., badał takowy pod drobnowidem i znalazł, że najszersze brodawki posiadały dwie warstwy: korową i wewnętrzną; pierwszą stanowią nawarstwienia spłaszczonych komórek przybłonka, bez treści i jądra; przy powierzchni te szczątki komórkowe odłączają się od siebie, i nadają brodawce wejrzenie pnia palmowego, pokrytego wielkiemi łuskami, pozostającemi po odpadnięciu liści. W komórkach tych nie można spostrzedz jądra, w ogóle nic, coby wskazywało, że to są zarodniki pasożyta. Najcieńsze brodawki złożone są z tego pokładu komórkowego, brak w nich treści wewnętrznéj. Brodawki grubsze posiadają istotę rdzenną osobliwszego wejrzenia; spostrzega się w niéj rodzaj mozajki lub siatki o okach podłużnych, w których znajduje się ciało okrągłe, załamujące światło i mające wszystkie zewnętrzne cechy jądra komórek przybłonkowych w średnim pokładzie przyskórka. Podług autora są to rzeczywiste jądra komórek, które zanikając w pokładach korowych, pozostają w istocie rdzeniowéj brodawki; rozkład ten przypomina budowę pokładów przyskórka. Być może że znajdują się przypadkowo jakie zarodniki w brodawkach, rzecz to przypuszczalna, lecz wcale nieoczywista. Istotę choroby czer-

niaczki języka, podług Mathieua stanowi nie pasożyt, lecz przerost przybłonkowy brodawek, a jeśli w ich pokładzie korowym znajdują się zarodniki, to jest to sprawa drugorzędna, następowa. Na czémże więc polega czarne zabarwienie języka? Odpowiedź autora jest niestety wymijająca: przypuszcza on, że obfita ilość kulek tłuszczu, znajdujących się w pokładzie korowym brodawek, może nadać językowi czarne wejrzenie. Mathieu znalazł, że ślina w miejscu czarnéj plamy na języku oddziaływała kwaśno i przypuszcza, że ta kwaśność nie musi być obcą powstaniu przerostu brodawek i czarnemu zabarwieniu języka. (*Le Progrès médicale* Nr. 31).

Dr. A. Kwaśnicki.

Wiadomości pomniejsze.

(I. S.) **Działania paraldehydu i acetalu na chorych na umyśle** doświadczali przez przeciąg 8 miesięcy Langreutter i Matusch. Zużyto w tym celu 2300gr. paraldehydu i 2700 grm. acetalu; doświadczeń przedsięwzięto 460 na 50 chorych z najrozmaitszemi objawami chorobowemi i zapisywano starannie czas zaśnięcia i czas trwania snu. Środki te podawano według téj formułki:

Rp. Paraldehyd 25·0
Ol. menth. pip. gtt. V.
Ol. olivar. q. s. ad. volum 50·0.

Jako średnią dawkę podawano z téj mieszaniny 6 gramów. Oliwa łagodziła piekący smak tego środka, a tak jeden jakotéż drugi można było podawać przez całe miesiące bez najmniejszych złych następstw, a przy 4 sekcyjach można było przekonać się, że środki te nie drażnią przewodu pokarmowego. Paraldehyd podany wieczorem okazywał się skutecznym w 90%, podany w ciągu dnia w 61% przypadków. Wśród spokoju, który jest warunkiem skuteczności środka, usypiali chorzy po 5—30 minutach, czasem jednak sen nie występował, ale chorzy stawali się spokojniejszymi. Tego rodzaju działanie spostrzegali oni w stanach zamroczenia u epileptyków i w napadach trwogi u tych chorych. Nader wydatném było działanie u kilku podnieconych paralityków; w ogóle chorzy z brakiem przytomności oddziaływali lepiéj na te środki. Paraldehyd bywa według doświadczenia skuteczniejszym, i przy jego użyciu nie pojawia się uboczne działanie, dlatego też poleca go L. szczególnie w tych przypadkach, w których chloral jest przeciwwskazanym. Zdaniem Moeliego acetal nie okazywał się odpowiednim w podobnych celach stosowany często w berlińskiéj „Charité“. (*Centralblatt für Nervenheilk. und Psychiatrie*, Nr. 15. 1883).

(J. P.) **Leczenie błonicy sinkiem rtęciowym.** Z 37 chorych na błonicę, którym Sollden podawał sinek rtęciowy (*Hydrargarum cyanatum*) umarło troje. Z początku używał S. leku tego w stosunku 0,10:100,0 wody (co godzinę 1 łyżkę), a u starszych dzieci szczególnie w cięższych przypadkach dwa razy silniejszych dawek, późniéj atoli z powodu nudności, zapalenia dziąseł i nieprzezwyciężonego wstrętu do lekarstwa musiał zmniejszyć 10 razy dawkę (a więc 0,01:100,0), lub téż podawać lek ten w lewatywie. Dla pokrycia przykrego smaku dodawał trochę miodu. Pędzelkowań żadnych przy tém leczeniu nie stósował, co najwięcéj zalecał starszym dzieciom płukanie gardła powyższym roztworem co pół godziny. Bardzo ważną jest rzeczą z powodu obawy porażenia serca podawać równocześnie wino i olejek terpentynowy.

S. używał nadto sinku rtęciowego w 200 przypadkach ostrego zapalenia migdałków i gardła z nader pomyślnym skutkiem.

Sinek rtęciowy jest środkiem przeciwpasorzytniczym, a w działaniu swém zdaniem Rossandera, najwięcéj zbliża się do kalomelu, ma jednak mniéj drażnić przewód pokarmowy i działać nadto jako narkotyk z powodu obecności kwasu pruskiego. (*Wien. med. Blätt* Nr. 31).

IV. Urywki z dziejów ginekologii.

Napisał Dr. M. Kohn w Krakowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 31).

15) Co do przyczyn zarośnięcia pochwy znajdujemy w rozprawach Hipokratesa co następuje: „Czasem pochwa „zatyka się po porodzie. Widziałem przypadek, w którym „części rodne zewnętrzne rozdarły się podczas porodu, pociągając za sobą owrzodzenia, poczém te części mocno się „zapaliły, tak iż wargi się zetknęły i zrosły jakby w ranach. „Po ustąpieniu zapalenia stanowiły wargi zrośnięte przeszkodę dla odpływu miesięcznego. Koniecznem jest w takim razie zeszyć części rozdarte i sprowadzić w ten sposób zabliźnienie, lecz należy uważać, aby blizna była silną „i zupełną, podczas gdy za skutek trudno ręczyć. W przypadku, o którym wspominam, wszystkie skutki nastąpiły, „jakie zwykły mieć miejsce, gdy miesiączka jest wstrzymaną z powodu zniekształcenia macicy, lecz główny ból dawał się czuć w pochwie, którą pacyjentka znalazła zamkniętą. Po stósownem leczeniu odpływ miesięczny znów „nastąpił, kobieta odzyskała zdrowie i miała nawet potém „dzieci. Jeżeliby się było rzecz zaniedbało, rana byłaby zrosła, a rak byłby ostatecznym skutkiem.“

Oribasius powiada, że w przypadkach nieprzedziurawienia żeńskich części rodnych błona zamykająca przewód jest czasem umieszczona pomiędzy wargami większemi, czasem w środku pochwy, a czasem przy ujściu macicznem.

Według Paulusa zarośnięcie jest czasem wrodzone, w innych razach jest skutkiem poprzedzających chorób; zarośnięcie samo jest czasem głęboko położone, czasem w ujściu pochwy lub w środku téjże (zatkanie). Zarośnięcie składa się z istoty mięsistéj lub błoniastéj, i stanowi przeszkodę dla spółkowania i zajścia w ciążę, a ewentualnie miesiączkowania. Przekonawszy się o miejscu zarośnięcia, albo gdy jest widocznem dla oka, albo zakładając wziernik, można poprowadzić proste cięcie, jeśli to jest zwykłe przyczepienie; jeżeli jednak zarośnięcie ma cechę istotniejszą, wtedy trzeba napiąć haczykami i rozdzielić skalpelem; a wstrzymawszy krwotok osuszającemi środkami, należy uciekać się do środków, które sprowadzają zabliźnienie i użyć tamponu wypełniającego pochwę, aby te części na nowo się nie zrosły.

Soranus, Aëtius i Celsus opisują również tę operacyję. Ten ostatni zaleca cięcie na krzyż w razie gdy jest błona obecną, a potém zupełne jéj wycięcie, poczém należy wprowadzić rurkę ołowianą, aby zapobiedz zrośnięciu.

Albucasis zaleca szczególniejszy sposób zamiast rury ołowianéj Celsusa: „*Coëat mutier omni die, ut non consolidetur locus vice alia!*“ Alsaharavius każe usunąć błonę za pomocą środków żrących lub noża. Rhazes proponuje, aby istotę zarośniętą przebić narzędziem żelaznem i wprowadzić „*dilatatoryum.*“ Arystoteles wspomina o „*vagina imperforata*“ i opisuje operacyję w celu usunięcia tego zboczenia.

Paré powiada, że przerwanie śródkrocza może się czasem zdarzyć w skutek porodu, i że takowe może się przedrzeć aż do ujścia odbytnicy, tak iż powstaje jeden otwór zamiast dwóch. Należy wtedy założyć kilka szwów igłą, aby połączyć przerwane powierzchnie. Autor opisuje to jako bar-

dzo poważny przypadek, bo jeśli potem kobieta zachodzi w ciążę, części te nie rozciągają się należycie z powodu blizny, aby zrobić miejsce dziecku; dlatego lekarz musi najprzód naciąć, a potém rozerwać te części (aby zapewnić sobie lepsze ich połączenie), inaczéj poród byłby niemożliwym. Paré pierwszy zaproponował tę operacyję następową, lecz jakeśmy pierwéj wspomnieli uczeń jego Guillemeau był pierwszym, który opisał tę operacyję z wszystkiemi szczegółami.

16. Hipokrates podaje następujące przyczyny niepłodności: 1) Ponieważ ujście maciczne jest ułożone skośnie do przewodu. 2) Ponieważ ściany wewnętrzne macicy są za gładkie, już to z natury, już téż w skutek blizn lub wrzodów, i nie zdolne są zatrzymać nasienia. 3) Gdy z powodu zatrzymania miesiączki jakieś zatkanie następuje koło ujścia macicznego. 4) Gdy zapłodnienie nie następuje, żyły macicy stają się tak przepełnione krwią, iż nie zatrzymują nasienia; lub odwrotnie ten sam skutek może powstać z obfitego odpływu miesiączki, przyczém zatrzymująca zdolność naczyń jest osłabioną, a odpływ krwi w zbytniéj ilości może zmyć nasienie. 5) *Prolapsus uteri* przeszkadza zapłodnieniu, sprawiając że ujście maciczne staje się stwardniałém.

Paulus powiada, iż niepłodność ma często przyczynę w niedostateczném odżywieniu z jednéj a przekrwieniu ogólném z drugiéj strony; dlatego ważném jest aby organizm był w stanie dobrym i zdrowym, co aby zapewnić, należy uważać na dyjetę; autor wylicza wiele rzeczy, których należy unikać, bo mogą upośledzić odżywienie. Ludzie otyli nie są zdolni do rozrodu, raz dlatego, że nie ma należytéj proporcyi narządów płciowych, powtóre, że nie wydzielają dużo nasienia. Również nie są zdolni zbyt szczupli.

Kobiety muszą uważać przedewszystkiem na stan macicy, aby odpływ miesięczny nie bywał zatrzymany; muszą także uważać, aby jeść takie potrawy, które sprzyjają odpływowi krwi. Niepłodność może mieć przyczynę w zimném usposobieniu macicy, co się objawia w zatrzymaniu miesiączki. W tych przypadkach trzeba stósować „*aromatica*“ i pokarm pobudzający, aby przywrócić naturalną gorącość, a nacieranie dolnéj części brzucha jest niemniéj stósowném.

Zbyt ciepłe usposobienie macicy daje się rozpoznać po podwyższonéj ciepłocie całego ciała, po tém, że krew miesięczna odpływa w małych ilościach i boleśnie i, że części rodne są owrzodzone; chłodząca i zwilżająca dyjeta jest wskazaną, również chłodne okłady. Jeśli niepłodność pochodzi z wilgotności macicy, krew miesięczna jest rzadką i obfitą; osuszająca dyjeta jest zatém stósowną w tych przypadkach. Gdy macica jest suchszą niż zwykle, należy używać kąpieli i maści. Jeśli zapłodnienie nie następuje w skutek grubych „humorów,“ należy kobietę przeczyszczać. Jeśli przyczyna leży we wzdęciu macicy, leczenie polega na środkach aromatycznych i krążkach. Jeśli ujście maciczne jest zamknięte, należy je otworzyć aromatycznemi wstrzykiwaniami, również można używać terpentyny, *elaterium, cassia* i wody smołowéj. Jeśli ujście maciczne się rozwiera używa się środków ściągających. Często niepłodność ma swą przyczynę w skręceniach macicy, które muszą być naprawione; w tych przypadkach autor uważa, że spółkowanie *à posteriori* zdawałoby się sprzyjać, bo są przypadki, gdzie się to dla zapłodnienia okazało skuteczném.

Serapion, tak jak Aëtius i Paulus, stósuje swe leczenie według usposobienia macicy.

Oribasius poleca sposób spółkowania *à posteriori*. Mówi także, iż są przypadki, w których ujście maciczne musi być rozszerzoném, zanim zapłodnienie może nastąpić, i że są inne przypadki, w których ujście rozwiera się, przeszkadzając zapłodnieniu, aż ujście nie zostanie ścieśnioném za pomocą środków ściągających. Haly Abbas poleca pobudzające kadzenie. Jeden z jego przepisów zawiera arszenik, coby było potężnym, lecz niebezpiecznym środkiem.

Plutarch wyliczył przyczyny, które jak sądzono tłumaczyły, dlaczego kobieta nie zachodzi w ciążę po każdym akcie spółkowania. Te są następujące: Diocles twierdził, iż to jest dlatego, że albo nic, albo za mało nasienia zostało wydzielone; albo dlatego że są nieprawidłowości jak gorąco, zbytnie zimno, wilgoć lub suchość; albo z powodu rozmiękczenia macicy. Stoicy mniemali, że to pochodzi ze skośności prącia, które nie wyrzuca nasienia w kierunku prostym, lub z powodu nieproporcyjalności części rodnych. Erasistratus uczył, iż to pochodzi ze stwardnień i wyrostów mięsnych, lub że macica jest bardziéj gąbczastą lub mniejszą niż w stanie prawidłowym.

Zdaje się zbyteczném przytaczać więcéj z dawnych autorów o chorobach kobiecych, aby wykazać, iż jakkolwiek wiele u nich jest co nowszym może się wydać surowém lub nawet niedorzeczném, jednak okazują oni dowody wielkiéj zręczności i gruntownéj nauki. Jeśli tylko przeczytamy ograniczoną liczbę dzieł dawnych lekarskich, uznamy prawdę, jaką wyraził Adams w przedmowie do dzieł Paulusa. Mówi on: „Zdaje mi się iż w pewnych epokach dawnych czasów sztan„dar doskonałości zawodowéj był takim, jakiby trudno osią„gnąć dzisiaj z wszystkiemi naszemi wychwalanemi postę„pami w wiedzy,—i że wielu z dawnych mistrzów odznacza „się wielostronną erudycyją, gorącą miłością prawdy, zrę„cznością w odkrywaniu błędów—w tym stopniu, do jakiego „nie wielu z nas może mieć pretensyję.“

Hipokrates był zdania, iż aby być dobrym lekarzem, trzeba nie tylko znać skład ciała ludzkiego, lecz również być obeznanym z logiką, astronomiją i innemi naukami. Galen był bez wątpienia prawdziwym wzorem doskonałego lekarza, zręcznego we wszystkich naukach współczesnych.

Nie można również zaprzeczyć, iż Aëtius był głęboko uczonym. Celsus nie tylko był dobrze obznajomiony z literaturą lekarską, lecz również „dokładnie wyćwiczonym w każdéj eleganckiéj i pożytecznéj nauce, jaką tylko znano i pielęgnowano w owym czasie.“

Rhazes, Arab, wymaga od tego, który chce dojść do doskonałości w zawodzie lekarskim, „aby zamiast marnować młode lata na muzyce i tańcach, spędzał czas raczéj na studyjowaniu cennych zapisków dawnéj wiedzy. Lecz lekarz, udający że jest znakomitością, podczas gdy zaledwie liznął nauki, nigdy nie osiągnie doskonałości w swym zawodzie. Jeżeli znajomość dawnych autorów bywa wzgardzoną, czegóż należy się spodziewać od wysileń jednostki? Bo jakkolwiek może przewyższać innych zdolnościami, to jakżeż można sądzić, iż zasób jego wiedzy osobiście zdobytéj, wyrówna skarbom nagromadzonym przez starożytnych?“

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 22—28 lipca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 28,9. Z ospy umarło 0 (1 z. t.); z płonicy 2 (2 z. t.); z duru brzusznego 0 (1 z. t.); z gorączki połogowéj 0 (1 z. t.); z czerwonki 2 (0 z. t.); z róży 0 (1 z. t.); z zimnicy 0 (1 z. t.). W tygodniu od 15—21 lipca umarło w Londynie z ospy 0, le-

czyło się w szpitalach 53, świeżo zapadło 4. W Madrasie umarło z ospy 30, w Nowym Orleanie 17, w Roterdamie 11, w Bombaju 10, w Petersburgu 7, w Paryżu 6, w Madrycie 5, w Murcyi 3, w Budapeszcie i Amsterdamie po 2. Z duru osutkowego umarło w Budapeszcie, Warszawie, Petersburgu, Odesie i Saragosie po 1, w Madrycie 4. Od 23—29 czerwca wydarzył się 1 przypadek śmierci z cholery. Od 25 czerwca do 2 lipca było 476 przypadków chorób zakaźnych: 31 przypadków gorączki tyfusowéj, 15 duru osutkowego, 11 duru brzusznego, 109 gorączki powrotnéj, 30 odry, 7 płonicy, 3 ospy, 18 błonicy, 205 czerwonki, 6 róży, 3 dławca, 30 zimnicy itp.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 15—21 lipca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 28,6; w Warszawie 42,5; w Poznaniu 35,1; w Wiedniu 29,7; w Budapeszcie 42,6; w Pradze 33,8; w Tryjeście 26,6; w Berlinie 52,6; w Gdańsku 24,1; w Wrocławiu 42,0; w Kolonii 36,0; w Monachowie 36,0; w Dreźnie 31,5; w Lipsku 36,0; w Bazylei 15,9; w Brukseli 25,9; w Amsterdamie 27,6; w Hadze 31,3; w Paryżu 23,0; w Londynie 23,5; w Kopenhadze 22,8; w Stokholmie 28.9; w Chrystyjanii 11.9; w Petersburgu 29,8; w Odesie 51,9; w Rzymie 23,3; w Wenecyi 28.9; w Bukareszcie 26,2; w Madrycie 42,3; w Lizbonie 29,4; w Bombaju 24,6; 8; w Madrasie 33,4. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 9 sierpnia. Ministerstwo Oświaty rozporządzeniem z d. 4 kwietnia 1883 r. L. 21431 raczyło, z zastrzeżeniem zezwolenia konstytucyjnego: przyznać klinice chirurgicznéj w Krakowie jednorazową dotacyję 1500 złr., podnieść roczną dotacyję téj kliniki, począwszy od roku 1884 z 250 złr. na 400 złr., jak niemniéj ustanowić, począwszy od r. 1884 drugiego asystenta przy klinice lekarskiéj i chirurgicznéj z renumeracyją roczną 600 złr.

* Na mocy rozporządzenia ministra wojny wezwał głównodowodzący wojskami zachodniéj Galicyi, Jenerał Windischgraetz p. Prezydenta m. Krakowa do założenia wspólnéj, wojskowo-cywilnéj Komisyi sanitarnéj, mającej obradować nad środkami, które należałoby zastósować w Krakowie, z powodu panującéj w Egipcie cholery. Z lekarzy oprócz Fizyka miejskiego wszedł do téj Komisyi Dr. Warschauer, członek Komisyi sanitarnéj miejskiéj. Pierwsze posiedzenie odbędzie się jeszcze w bieżącym tygodniu.

* Według nadesłanych nam wykazów do d. 1 sierpnia bawiło w Krynicy gości kąpielowych 2480, w Cieplicach osób 7031, w Luhaczowicach 1086.

* Rodzina składająca się z trzech osób, mieszkająca przy ulicy Długiéj, zatruła się w tych dniach grzybami suszonemi, kupionemi w tymże dniu na targu. Podług dochodzeń władzy sanitarnej grzyby nie miały być szkodliwe, tylko spożycie ich w stanie surowym wywołało objawy zatrucia, które skończyło się powolném przychodzeniem do sił całéj téj rodziny.

* *Zaria* (z 17 lipca) donosi, że prof. Bec, znany z swych badań mózgu, dowodził w Radzie miasta Kijowa, że czyszczenie wychodków, z powodu zbliżającéj się cholery, nie tylko jest niepożądaném, lecz bezwzględnie szkodliwém. Wystąpienie to byłoby wielce śmieszném, gdyby nie było w skutkach tak niebezpieczném.

* W letniém półroczu rb. było w trzech szwajcarskich wszechnicach: Genewie, Bernie i Zurychu 57 uczennic medycyny, co stanowi 12,9% wszystkich słuchaczy medycyny na tych uniwersytetach.

* Następujące liczby dowodzą nadzwyczaj szybkiego rozwoju piśmiennictwa lekarskiego w Francyi: w r. 1869 wyszło dzieł (wraz z dysertacyjami) około 800; w r. 1882 liczba ta urosła do 1.600. W r. 1869 było dzienników lekarskich 35, obecnie jest ich przeszło 160.

* Dla dezinfekcyi pruskich okrętów przepisami zalecono 18% kwas karbolowy, sublimat i parę wodną.

* Przy ostatnich wyborach do parlamentu włoskiego wybrano 17 lekarzy.

* W Londynie na 113,7 kobiet przypada 100 mężczyzn, w Paryżu zaś na 100 mężczyzn 88,5 kobiet, w Petersburgu 80,8, w Rzymie 79,5.

* Na berlińskiéj higijenicznéj wystawie znajduje się trumna wyrobu Straussa ze Szląska, któréj budowa ma zapobiedz pogrzebaniu pozornie umarłych. Przy pomocy spirytusowéj lampki i rureczki wychodzącéj z trumny uskutecznia się wymiana powietrza zepsutego na czyste; najmniejsze poruszenie wprawia w ruch mechanizm zegarowy, który dzwoni kilka godzin z rzędu.

* Gdyby kto jeszcze wątpił, że czystość i dezinfekcyja są najskuteczniejszemi środkami, niech spojrzy na sprawozdanie czeskiéj *Porodnicy* w Pradze: w szóstym dziesiątku bieżącego stólecia śmiertelność wynosiła tam 6,67%; w ósmym spadła do 0,32%, a w ostatnich dwóch latach zaledwo 0,24%. Tablica przytoczona w *Allg. Wien. med. Zeit.* (z 10 lipca) poucza, że zmniejszenie się śmiertelności nastąpiło doraźnie w r. 1875, tj. w roku wystawienia dzisiejszéj *Porodnicy*, któréj urządzeniem i prowadzeniem mogą być dumni Czesi.

* *Journ. d. pharm.* powiada, że wdychiwanie tlenu w celach leczniczych napotyka na przeszkodę z powodu wysokiéj ceny kauczukowych poduszek, w których się ten gaz pomieszcza. Aptekarz Godin przekonał się, że zwykłe dziecięce balony dają się użyć w tym celu, należy je tylko pokryć warstwą żywicy, a mogą służyć do trzyrazowego użycia; owinięte watą były już przesyłane pocztą. Tlen w takich balonach nie ulega żadnéj zmianie przez 15 dni. Do balonu przymocowuje się kurek, łączący się za pomocą rurki kauczukowéj z rurką szklaną, którą chory wkłada do ust przy wdychiwaniach.

* **Londyn.** Po raz pierwszy odbyła się tu promocyja dwóch kobiet-doktorów. Przed 21 laty pani Anderson ubiegała się o dyplom doktorski, ale bezskutecznie: otrzymawszy dyplom szwajcarski wprowadziła teraz dwie koleżanki, pp. Shove i Scharlieb, które z rąk kanclerza uniwersytetu lorda Granville, obecnego ministra spraw zagranicznych, dyplom otrzymały. Pani Shove równocześnie mianowaną została lekarką oddziału kobiecego w zarządzie poczt angielskich, podczas gdy p. Scharlieb wraca do Madrasu, zkąd przybyła, aby tam ofiarować swoje usługi Indyjankom, pozbawionym dotąd pomocy lekarskiéj europejskiéj, ponieważ wzywanie mężczyzn nie zgadza się z obyczajem tamecznym.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** Asystent prof. Nothnagla Dr. Jaksch-Windhorst, syn wysłużonego profesora prażskisgo, potwierdzony został jako docent prywatny kliniki lekarskiéj. — **Gryfija.** D. 31 lipca obchodził prof. fizyjologii Budge 50-letni jubileusz doktorski; przy téj sposobności zasłużony profesor otrzymał order korony pruskiéj 2éj klasy oraz liczne powinszowania, a między niemi i powinszowanie Wydziału lek. krakowskiego.

* **Mianowania i odznaczenia.** Dyrektorem zakładu dla obłąkanych w Owińsku w W. X. Poznańskiém mianowany został Dr. Karczewski z Kowanówka. — Starszy lekarz sztabowy 2éj klasy Dr. Maksymilijan Schüler, kierownik szpitala garnizonowego Nr. 14 we Lwowie, mianowany szefem sanitarnym VII korpusu armii; zaś starszy lekarz sztabowy 2éj klasy Dr. Jan Boese, naczelny lekarz wojsk domu inwalidów w Wiedniu, przeniesiony do szpitala garnizonowego Nr. 14 we Lwowie jako kierownik. Starszymi lekarzami rezerwy w pułkach lub szpitalach galicyjskich mianowani zastępcy lekarzy asystentów rezerwy Dr. Józef Szajna i Dr. Samuel Lichtenstein; zaś lekarzami asystentami w tych pułkach lub szpitalach, elewowie wojskowo-lekarscy 1éj klasy Dr. Wojciech Fijałkowski i Dr. Julijan Dadlez. Wreszcie starszym lekarzem w stanie czynnym armii mianowany ochotnik jednoroczny Dr. Jan Koss, urlopowany z pułku pieszego Nr. 77.

* **Nekrologija.** W Zduńskiéj Woli umarł Dr. Wawrzyniec Pietraszewski wychowaniec b. Szkoły Głównéj w Warszawie. W Moguncyi umarł d. 15 lipca r. b. tajny radca Dr. Adolf Wernher w 77 roku życia, prof. chirurgii w Jenie.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 31: I. S. Huzarskiego: Zarośnięcie i zwężenie pochwy, jako przeszkoda do odbycia porodu (C. d.) II. A. Sokołowskiego: O zaraźliwości suchot płucnych ze stanowiska klinicznego. (D. c.) — W *Medycynie* Nr. 31: Dobrzyckiego: Spostrzeżenia nad działaniem kairynu (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Bericht der Privat-Augen-Heilanstalt des Dr. J. Hock vom März 1882 bis März 1883 nebst Beitroegen zur Lehre von der Neuritis retrobulburis. Wien 1883.

HOCK: Ueber die Operation des angewachsenen Staares. Wien 1882.

— Ueber die Bedeutung der schriefen Kopfholtung beim Strobismus.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi

Dr. K. w Boguminie. Do téj pory nie jest nam wiadomo, ażeby ktokolwiek pracował nad wydaniem kalendarza lekarskiego na r. 1884.

W zastępstwie redaktora: **Dr. A. Kwaśnicki.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcl a

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 18 sierpnia 1883. № 33. Rok XXII.

I. Wykład habilitacyjny Dra W. Jaworskiego. O powstawaniu i rozpoznawaniu rozstrzeni żołądka.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 32).

6. Jeżeli przypadki wypukowe nie dają pewnych wyników, należy przystąpić do badania za pomocą sondy, co uskutecznić należy w każdym przypadku rozstrzeni żołądka, jeżeli tylko chory sondowanie łatwo znosi. Na podstawie sondowania dochodzi się prędko do dodatnych i dość pewnych wyników.

a) Najprostszą do wykonania jest metoda Leubego. Wprowadza się sondę sztywną, grubszą, z końcem zgrubiałym nieco, tak długo do żołądka, aż uczuje się opór; potém stara się badający wyczuć koniec sondy przez powłoki brzuszne. Jeżeli tenże leży poniżéj pozioméj pępkowéj, uważa Leube żołądek za chorobowo rozszerzony. Na zwłokach przekonał się Leube, że przy forsowném ugniataniu sondą, można krzywiznę dolną zepchnąć do linii łączącéj obydwie *spinae anteriores superiores ossis ilei*, co już z nadwerężeniem ścian żołądka jest połączone; dla tego Leube przypuszcza, że u żywego człowieka dolna krzywizna tak nizko nie dałaby się zepchnąć, zawsze jednak w pewnych przypadkach może wypaść niżéj pępka. Metoda ta pod niektóremi względami nie jest wolną od zarzutu, albowiem przy grubych powłokach brzusznych lub większém napięciu tychże, koniec sondy wyczuć się nie daje, a przy różnym stopniu ucisku na sondę tenże w różném miejscu jest wyczuwalny. Jednak wśród korzystnych warunków w ręku jednego i tego samego badacza, szczególniéj dla kontrolowania postępu w leczeniu, bardzo dobrze stosowaną być może.

b) Powyższy sposób oznaczania dolnéj granicy da się kontrolować lub raczéj porównać z wynikami badania podanego przez Penzoldta, który na podstawie doświadczeń na zwłokach przychodzi do wniosku, że długość sondy wprowadzonéj do żołądka, począwszy od zębów aż do zetknięcia się jéj z dolną ścianą żołądka w stanie prawidłowym, ma się do długości ciała jak 1 : 2·8—3·3, czyli w okrągłéj liczbie jak 1 : 3, a powinna przewyższać co najwięcéj długość kręgosłupa o 5cm. Oznaczenie dolnéj granicy żołądka na podstawie tych danych da się łatwo wykonać i to równocześnie z powyżéj podanym sposobem Leubego. Wprowadzając bowiem sztywną sondę do żołądka napotka się na opór, który stawia dolna krzywizna, odczytuje się długość wsuniętéj części sondy aż do zębów, i odejmuje ją od ilorazu wypadającego z podzielenia długości ciała przez 3. Różnica otrzymana wskazuje, o ile dolna granica jest niżéj ustawiona. W jednym z badanych przypadków wysokość ciała wynosiła 154cm. ztąd prawidłowy wymiar części sondy od krzywizny dolnéj żołądka do zębów powinien być 154 : 3 = = 51cm. Tymczasem badanie wykazuje, że sonda wchodzi na 60cm. do żołądka, nim napotka na opór, ztąd granica dolna jest na 60—51—9cm. niżéj ustawioną, czyli że żołądek badany jest rozszerzony. I ta metoda jest względną, ponieważ mierzenie oporu, jaki napotyka zgłębnik w ścianach żołądka, jest pozostawione uczuciu podmiotowemu.

c) Aby wyżéj wymienione niedokładności w obu przytoczonych metodach usunąć, nie radzi doc. Ponikło wyczuwać końca sondy, lecz w celu oznaczenia chwili, kiedy sonda dotyka dolnéj granicy żołądka, użyć sondy osobnéj konstrukcyi. Sonda ta sztywna lecz cieńsza niż dla powyższych badań, ma koniec dolny wprawdzie odcięty lecz umocowany do mandryny, wysterczającéj poza górny koniec sondy. Połączenie odciętego końca z całą sondą, utrzymuje słaba sprężyna. Sonda z przyciągniętym końcem wprowadza się do żołądka; po przejściu przez wpust sprężyna się zwalnia i sonda daléj wsuwa; skoro koniec sondy dotknie dolnéj ściany żołądka, cofa się sam uciskając na słabą sprężynę, a mandryna wysuwa się poza górny koniec sondy, co się po znaczku umieszczonym na drucie spostrzega. Porównując długość sondy od jéj końca do zębów, z długością ciała, według sposobu Penzolda, przychodzi się w danym

przypadku do poznania ustawienia dolnéj granicy żołądka. W jednym przypadku przy sondowaniu drut poczynał się ze sondy wysuwać przy wsunięciu jéj na 59cm. Długość ciała badanego wynosiła 145cm., to wsunięty kawałek sondy w prawidłowym stanie musiałby wynosić trzecią część długości ciała czyli 48cm.; w badanym jednak przypadku długość wsuniętéj sondy wynosiła 59cm., przeto dolna granica żołądka jest o 11cm. niżéj ustawioną.

d) Sondę zastosował w ostatnich czasach Dr. Purgesz z Pesztu do oznaczenia średnicy żołądka, idącéj w pierwszym kierunku od wpustu do przeciwległego punktu krzywizny większéj, która to odległość w stanie prawidłowym według Luschki, wynosi 15cm. Do oznaczenia średnicy za pomocą sondy okienkowéj dochodzi Purgesz w następujący sposób: Łącząc górny koniec sondy za pomocą rurki kauczukowéj z rurką manometryczną, wypełnioną wodą, spostrzegł autor, że dopóki okienko sondy znajduje się w przełyku, ciśnienie na manometrze okazuje się ujemném, albo jest równowaga; skoro zaś przejdzie wpust, ciśnienie staje się dodatném, i zostaje takiém, aż koniec sondy dotknie dolnéj ściany żołądka, co da się uczuć oporem. Biorąc więc sondę z podziałką i odczytując na niéj, kiedy w ciśnieniu manometryczném powstaje zmiana, jakotéż wtedy kiedy sonda dolnym końcem dotyka krzywizny wielkiéj żołądka, otrzyma się długość średnicy narządu w tém miejscu. W kilku przypadkach, cytowanych przez autora, okazało się, że oznaczenie średnicy uskutecznione za życia, a porównane z wynikami pośmiertnemi, dawało wypadki o 2cm. różne.

7. Do rozpoznania rozstrzeni żołądka posłużyć może nietylko wykazanie powiększenia jego rozmiarów, lecz i upośledzenie kurczliwości ścian. W żołądku bowiem prawidłowym, jak to wspomniano częściowo przy metodzie badania według Piorryego przez wlewanie coraz większych ilości płynu, zamiast zniżania się dolnéj granicy żołądka, podnosi się poziom cieczy, podczas gdy w rozszerzonym żołądku w skutek zmniejszonéj kurczliwości warstwy mięsnéj, poziom cieczy zostaje w téj saméj wysokości lub nawet obniża się, w miarę wlewania większych ilości płynu. Z tego faktu wychodząc, poleca Rosenbach następujące postępowanie celem zbadania dzielności warstwy mięsnéj żołądka: podaje się badanemu do wypicia pół litra wody, wprowadza sondę okienkową, na któréj u góry jest przymocowany uciskalny balonik. Wpędzając przez ucisk balonika powietrze do żołądka, i osłuchując równocześnie ściany brzuszne w okolicy żołądkowéj, słyszy się szmer syczący, dopóki okienko sondy niedosięga jeszcze poziomu cieczy; skoro zaś dotyka go, powstaje drobne pluskanie, a gdy się okienko zanurzy występuje szmer grubobańkowy. Zaznacza się więc na stojącym pacyjencie miejsce przechodzenia szmeru syczącego w pluskanie, a które to miejsce odpowiada poziomowi cieczy. Potém wlewa się do żołądka znów pół litra wody i podobnie wyznacza poziom cieczy, który w żołądku prawidłowym powinien się wznosić, a w żołądku rozszerzonym pozostać w tém samém miejscu lub nawet obniżyć. Dla kontroli można i trzeci raz dolać pół litra wody do żołądka i wyznaczenie poziomu cieczy powtórzyć. Jednak manipulacyja ta, potrzebująca długiego utrzymywania sondy w żołądku, wymaga zanadto wiele cierpliwości ze strony chorego, dlatego w niewielu tylko przypadkach wygodnie może być zastosowaną. W przypadkach zaś dogodnych może wydać wyniki korzystne, gdyż mając już raz sondę w żołądku, można łatwo połączyć metodę Rosenbacha ze sposobami badania Leubego i Penzoldta. Nadto metoda ta o tyle jest korzystniejszą od innych, że pozwala wybadać stan, który poprzedza właściwą rozstrzeń żołądka, t. j. osłabienie kurczliwości włókien mięsnych, a który to stan Rosenbach nazywa *Insufficientia ventriculi.*

8. W końcu należy wspomnieć jeszcze o próbach, jakie w ostatnich czasach uskuteczniono, aby ze zmian czynnościowych żołądka wysnuć pewne wnioski o rozstrzeni żołądka. Z doświadczeń Demarquaya i Rabuteau w Paryżu, jakotéż z prób uskutecznionych w klinice prof. Korczyńskiego okazuje się, że po wprowadzeniu jodku potasowego do żołądka, można wykazać jod w ślinie już po 5 do 7 minutach, za pomocą papierków powleczonych klejem skrobi i kw. azotowego. Penzoldt zaś i Faber, robiąc zeszłego roku podobne doświadczenia z jodkiem potasowym w przypadkach rozstrzeni żołądka, spostrzegli, że pojawienie jodu w ślinie opaźnia się znacznie, bo do 45 min., a ten objaw uważają ci autorowie za patognostyczny dla rozstrzeni żołądka. Wolff powtarzając nieco później te same doświadczenia w przypadkach raka żołądkowego znalazł jeszcze większe opóźnienie, bo dochodzące do 3—4 godzin. Materyjał jednak w tym kierunku podany jest jeszcze za szczupły, aby na jego podstawie coś stanowczego orzec można. Próby jednak te, z badaniem fizyczném równocześnie połączone, zawsze dają ważne wskazówki do ocenienia stopnia zmian chorobowych narządu, a to w kierunku wessania żołądkowego.

9. Rozpoznawszy rozstrzeń żołądka, należy następnie według znanéj symptomatologii chorób żołądka oznaczyć jéj przyrodę przez wykluczenie, poczynając od najczęstszych przyczyn, t. j. zwężenia odźwiernika przez nowotwory, przez blizny po wrzodach lub przez przerosłą błonę śluzową, i według tego rokować.

Dla rozpoznania nowotworu rakowego podał ostatniemi czasy Reinhardt von den Velden cechującą własność treści żołądka, mianowicie trwały brak wolnego kwasu solnego, jeżeli nowotwór znajduje się w części odźwiernikowéj i wywołuje rozszerzenie; podczas gdy w innych rodzajach rozstrzeni, jeżeli nawet pierwotnie brakowało wolnego kwasu solnego, to po zastosowaniu metodyczném wypłukiwań żołądka, kw. solny się pojawił. Objaw ten charakterystyczny, obserwowany w 28 przypadkach rozstrzeni przez autora, stwierdzili niektórzy autorowie, jak Fleischer z Erlangi, inni znów jak Ewald nie uważają go za patognostyczny. Nigdy jednak nie należy pomijać téj próby w wątpliwych przypadkach. Wykrycie wolnego kw. solnego poleca Velden uskutecznić w ten sposób: przesączoną treść żołądkową wlewa się do roztworu (2:1000) chlorku metylorozanilinowego, który to roztwór fijołkowy przyjmuje w obec wolnego kw. solnego zabarwienie niebieskie, podczas gdy roztwór tropeolinu, sporządzony według przepisu autora, przy tych samych warunkach przyjmuje zabarwienie czerwone. Czy ma się przy rozstrzeni żołądka do czynienia ze zwężeniem odźwiernika czyli też nie, wnioskuje Kussmaul z postępu terapii. Zauważał on bowiem, że przy zmianach organicznych w odźwierniku, po wypompowaniach żołądka zaparcie stolca nie ustępowało, podczas gdy przy odźwierniku zdrowym po kilku wypłukiwaniach żołądka stolec stał się regularny, objawy rozszerzenia, szczególniéj podmiotowe, raźnie znikały, a odżywienie szybko się polepszało. Przez dłuższą obserwacyję zwykle można dopiero z przebiegu rozstrzygnąć, czy rozstrzeń żołądka jest samoistną, czy następową.

10. Rozumie się samo przez się, że w danym przypadku rokowanie rozstrzeni żołądka, według przyczyn etyjologicznych będzie bardzo różném, bo zależném od choroby przyczynowéj. W razie zmian rakowych jest ono najgorsze, gdyż kończy się śmiercią stosunkowo w najkrótszym czasie, w innych przypadkach lepszém, a jeżeli nie da się wykazać zwężenie odźwiernika, jest nawet względnie dobrém; gdyż choroba trwać może przez kilkanaście lat, np. w przypadku Kussmaula przeszło czternaście, a przy racyjonalnym sposobie żywienia się i odpowiednéj terapii może się znacznie polepszyć; chociaż nie należy się z drugiéj strony nadto optymistycznie zapatrywać na usunięcie rozstrzeni żołądka w znaczeniu anatomiczném, jak to w swoich przypadkach podaje Kussmaul, gdyż słusznie zauważył Leube, że trudno przypuścić, aby już zwyrodniała lub zanikła błona mięsna przyszła do pierwotnego stanu, zwłaszcza że w kilku przypadkach nie mógł tenże klinicysta wykazać zmniejszenia badając sondą rozstrzeń żołądka przed i po wyleczeniu, pomimo, że objawy podmiotowe i czynnościowe rozstrzeni ustąpiły. Z drugiej strony przytacza Schlepp ze swych kilkudziesięciu przypadków rozstrzeni, pięć przez siebie dobrze obserwowanych i leczonych, a z tych w dwóch żołądek zupełnie powrócił po użyciu pompy do stanu prawidłowego, chociaż w jednym z nich z początku podejrzywano nowotwór rakowy.

Dla uzupełnienia powyższego wykładu podam jeszcze w dalszym ciągu treściwy pogląd na przebieg i dotychczas stosowaną terapiję rozstrzeni żołądka, jakotéż przez nią osiągnięte wyniki. (C. d. n.)

II. Kazuistyka lekarska w Turcyi.

Zebrał Dr. W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 2З).

III. Czerniaczka języka *(Glosso-melanosis)*.

Przykłady czarnego języka, o ile mi wiadomo, są bardzo rzadkie. Ze źródeł tutaj dla mnie dostępnych dowiedziałem się, że Brechet i Biett zauważali w swéj praktyce parę przypadków „Czerniaczki języka;“ autorowie ci mniemają, że zboczenie to daleko częściéj daje się spostrzegać u zwierząt niżeli u człowieka. Mając sposobność obserwowania podobnego przypadku, ze względu na jego rzadkość i charakterystyczne cechy, podaję o nim krótkie sprawozdanie, popierając je kilkoma biblijograficznemi cytatami.

W ciągu lata 1882 roku byłem wezwany do p. M. C. uskarżającego się na pewien nieład chorobowy w jamie ustnéj, a mianowicie na szczególne cierpienie języka. Chory w wieku dojrzałym, dobrze zbudowany, temperamentu nerwowego, cierpi bardzo często na połowiczy ból głowy, trudne trawienie i częsty lekki nawał do narządu moczo-płciowego. Od ośmiu dni czuje on u podstawy języka (pokrytego biało-żółtawą powłoką) rodzaj istoty obcéj, podług jego opowiadania utrudniającéj przełykanie. Na razie zaniepokojony podobném zjawiskiem, chory zabrał się do usunięcia téj zawady, zeskrobując ją nożykiem; tym sposobem udało mu się usunąć pewną jéj ilość, którą téż i mnie przedstawił. Natychmiastowe badanie całéj jamy ustnéj, a głównie języka, zapoznało mnie z następującemi szczegółami: język z przodu białawy, był u swéj podstawy pokryty grubą warstwą łuskowatą, w skutek tarcia oddzielającą się pod postacią małych włókien. Łuski te, z wejrzenia czarniawe, nieco lśniące, były jakby poskręcane. Jama ustna była sucha, smak w ustach gorzkawy. Błona śluzowa jamy ustnéj i gardziela, okazywała stan prawidłowy. W chwili badania, chory nie uskarżał się na żadne powikłania sprawy trawienia, doświadczał tylko uczucia nieprzyjemnego, wywołanego obecnością ciała obcego, jakby przypadkowo usadowionego u podstawy języka. Badanie kilku próbek istoty otrzymanéj przez zeskrobanie dało następujące wyniki: pod lupą istota ta przedstawia się złożoną z niewielkéj ilości małych włókienek koloru czarnego, niekiedy żółtawych, z których niektóre są wolne i oddzielone, inne znowu i to w największéj ilości są przyczepione do warstw przybłonkowych języka. Badanie drobnowidem przy powiększeniu 20, późniéj 150, i 500 i po poddaniu istoty działaniu wody czystéj, gliceryny, wyskoku i bezwodnego eteru, pozwoliło spostrzedz gromadki przybłonka o komórkach płaskich, rzadko sześciennych, zabarwionych żółto-brunatno, lub czarno. Daléj inne gromadki przybłonka o komórkach obłych, mających podobneż zabarwienie. Komórki obłe są jakby porozdzierane i poszarpane na swych brzegach, i tą swoją postacią przypominają bardzo rozdarcie włosa dotkniętego włosozrostem niszczącym (*Trichophyton tonsurans*). Prócz tego można było wyśledzić znaczną ilość zarodków, podobnych zupełnie do zarodków włosozrostu i usadowionych głównie na brzegach komórek obłych w kształcie gniazdek i w głębi bocznych rozdarć. Na niektórych znowu wałeczkach przybłonka ilość mas zarodkowych była tak znaczną, że cała ich powierzchnia bywała niemi pokrytą. Blaszki przybłonkowe, podobnie jak komórki płaskie, przedstawiają również bogactwo charakterystycznych zarodków, bo tylko pewne cząstki przybłonkowe były od nich wolnemi. Szczegółowe badanie zarodków, po poprzedniém poddaniu ich działaniu wyskoku i rozczynu potasu, pozwoliło policzyć je do rzędu mikrofytów. Wielkość ich jest nieco mniejszą od czerwonych ciałek krwi ludzkiéj. Są one koliste o brzegach nieco ściśniętych, i w środku swym nie zawierają nic szczególnego.

Przekonany uskutecznioném badaniem, że miałem przed sobą cierpienie wywołane obecnością pasorzytów, ograniczyłem się na zastosowaniu bardzo prostych środków leczniczych. Płukanie jamy ustnéj i wymywanie języka zgęszczonym rozczynem boranu sodowego i chloranu potasu, przy codzienném metodyczném zeskrobywaniu nagromadzającéj się czarnéj istoty, a wreszcie przy wewnętrzném używaniu wody Vals, zdawały mi się czynić zadość wskazaniu. W istocie téż po kilku dniach podobnego postępowania, a głównie pod wpływem czyszczenia języka zeskrobywaniem, stan tego narządu zaczął się polepszać. Warstwy czarnéj istoty powolnie się zmniejszały; język powracał do właściwego sobie stanu, lecz dopiero po upływie czterech miesięcy M. C. zdołał się uwolnić od téj niedogodności.

Z badaczy nam współczesnych nieodżałowany prof. Gubler pierwszy zwrócił uwagę na przypadek czerniaczki języka przez niego obserwowanéj (*Dict. encycl. des Sc. med.* T. X.) Po nim M. Reynaud ogłosił cenną swą pracę: (*„Sur une affection parasitaire de la muquese linguale“. Bull. de la Soc. med.* Paris, 1870). Oceniwszy właściwe cechy tego cierpienia, Reynaud uważa je bardziéj za stan przerostu przybłonka jak za chorobę pasożytową. Dr. Fereol (*Note sur un cas de coloration noire de la langue. L'union med.*, Nr. 109), zdaje się potwierdzać powyższą opinię, dodając tylko, że przy braku zarodków stan ten wypada uważać za przerost przybłonkowy włókienkowaty. Ubisch (*Berl. klin. Woch.*, 1875,

Paźdz.) cytuje jeden przykład cierpienia języka, wywołanego obecnością *Leptotrix bucalis*, przedstawiającego się w postaci brodawkowatéj, bardzo jednak różnéj od przykładu w mowie będącego. W Anglii Greantzow i Clarke ogłosili jeden przypadek cierpienia języka ze zmianą przybłonka w przedłużone brodawki, otoczone barwnemi zarodkami, podobnemi do Trychophyton. Lancereaux (*Note sur un cas de langue noire Union med.* Nr. 33, 1877) opisuje szczegółowo przypadek taki i podaje rysunki pasożyta znalezionego. Wreszcie Dessois (*These de Paris*, 1878) zebrał nowych kilka przypadków. Z téj ważnéj pracy, decydującéj niejako o stanie kwestyi patologii czerniaczki języka, pozwalam sobie podać krótki wyciąg. W chorobowym tym stanie znajdujemy stale przerost brodawek i obecność roślinnych znacznie wydłużonych zarodników grzybkowych, nazwanych przez autora *glossophyton*, nadają czarniawą barwę przerosłym brodawkom. Przerost brodawek zależy od podrażnienia sprowadzonego obecnością prątków. Leczenie uskutecznia się płukaniami z boranu sodowego i chloranu potasu przy koniecznem zastosowaniu zeskrobywania. Dessois uważa za niezbędne używanie płukania z rozczynu dwuchlorku rtęci 1:500.

Taki jest krótki opis zmiany chorobowéj, bezwątpienia natury pasożytowéj, nie groźnéj, ale zawsze interesującéj, jak wszystko to co dotyczy kwestyi, będącéj na porządku dziennym, mianowicie walki drobnowidowych istot z najdelikatniejszemi cząstkami naszego ustroju.

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. Baldy: **Eau oxygénée en chirurgie et en medecine.**

Idąc za kierunkiem tegoczesnym nauki lekarskiéj, klinicyści niezmordowanie pracują nad wydoskonaleniem środków przeciwgnilnych. W ostatnim czasie poczyniono próby z wodą utlenioną; wynik tych badań zebrał Dr. Baldy w rozprawie: *De l'eau oxygénée, sa préparation à l'état de pureté, ses applications à la mèdecine et à la chirurgie.* A. Delahaye, 1883. Nieulega wątpliwości, że działanie lecznicze wody utlenionéj należy odnieść do tlenu, który w niéj znajduje się w nadmiarze, a wpływa zabójczo na niższe ustroje.

Już w r. 1862 Laugier, nie z lając sobie sprawy jaką drogą tlen wywiera wpływ dobroczynny na rany, stwierdził to jego przeciwgnilne działanie i zachwalał wanny z gazu czystego tlenu w zgorzeli odnóg. Jules Guérin i Demarquay potwierdzili wyniki badań Laugiera. W r. 1870 Paweł Bert zwrócił uwagę, że zwierzęta giną nagle w gazie czystego tlenu, a w ostatnich czasach stwierdził, że zarodniki pasożytnicze nie rozwijają się w wodzie utlenionéj. Baldy przedsięwziął szereg badań z wodą utlenioną w chirurgicznéj klinice Péana w Paryżu i doszedł do następujących wyników: Woda utleniona może zawierać 475 swéj objętości tlenu; w praktyce lekarskiéj używa się woda zawierająca najwięcéj 15 objętości, gdyż w przeciwnym razie spostrzegano zadrażnienie rany; woda mająca już 2 objętości wydziela ustawicznie tlen w przestworze otaczającym ranę, co powstrzymuje wszelką sprawę gnilną. Pp. Larrivé i Baldy doszli na podstawie swych badań do wniosku, że woda utleniona jest najsilniejszym środkiem przeciwgnilnym; rany poamputacyjne przy użyciu wody o $1\frac{1}{2}$—2 objętościach tlenu mają goić się z taką szybkością i bez ropienia, jak przy najściślejszém stosowaniu opatrunku karbolowego. Wrzody zastarzałe wymagają do wyleczenia wody o 10 objętościach tlenu, i w tych przypadkach skuteczność wody utlenionéj ma być nieporównanie wyższą od wszystkich znanych nam leków. Śluzoropotok i rzeżączka mają ustępować z nieznaną do téj pory szybkością: w śluzoropotoku pp. Larrivé i Baldy stosowali przemywanie ócz wodą, zawierającą trzy objętości tlenu, stosując takowe 4—5 razy dziennie; rzeżączkę leczyli wspomnieni badacze wstrzykiwaniami 3—4 razy dziennie wodą z 2—3 objętościami tlenu. Zbyt niewielka jeszcze liczba doświadczeń, uczynionych z wodą utlenioną w leczeniu błonicy, strupienia woszczynowatego, pleśniawki, pomimo niespodziewanie pomyślnych wyników leczniczych, nakazują autorom powstrzymać się od wypowiedzenia stanowczego twierdzenia. (*Le Progrès médicale* Nr. 25).

Dr. A. Kwaśnicki.

Z kliniki prof. Brauna: **O zapobieganiu powstawania śluzoropotoku noworodków.**

Szczególniejszą baczność zwrócono w dwóch ostatnich latach na cierpienia oczne noworodków, a w klinice prof. Brauna przyjęto sposób postępowania zapobiegawczego podany przez Credégo. Pierwotnie stosował Credé okłady z kwasu salicylowego przez pierwszą dobę życia noworodków, gdy jednak ten sposób postępowania drażnił czasami znacznie miejscowo, przyjęto od 1 marca 1881 sposób postępowania zmodyfikowany, który polega na wkroplaniu do worka spojówkowego 2% rozczynu azotanu srebrowego, przedtém należy jednak i to natychmiast po wyłonieniu się główki wymyć dokładnie oczy czystą wodą ile możności zanim je noworodek otworzy. Że ten sposób postępowania ma bezwzględną wyższość nad dawniejszemi, wykazują liczby, gdy bowiem dawniej zapadało na oczy na 2955 noworodków 67 (2·26%) to przy użyciu tego sposobu zapadło na 2540 noworodków 41 (1·70%), a stosunek ten polepsza się z roku na rok tak, że w ciągu r. 1882 zapadło tylko 1·49%. Jest tedy prawdopodobném, że stosunek ten polepszy się jeszcze z biegiem czasu, ale już dotychczasowe wyniki przemawiają stanowczo za tym sposobem postępowania zapobiegawczego.

Istnieje wprawdzie rozporządzenie ministeryjalne dotyczące tego przedmiotu, jednak jest ono niedostateczne, gdyż poleca to postępowanie dopiero wśród kąpieli noworodka. Gdy jednak nie można zapobiedz otwarciu oczu o wiele wcześniéj, należałoby zmienić ten przepis w sposób odpowiedni, a mianowicie położyć nacisk na to, aby oczy wymywano natychmiast po wyłonieniu się główki i to nie za pomocą szmateczki zmaczanéj w wodzie, lecz za pomocą czystéj waty Brunsa, zmaczanéj w czystéj wodzie i natychmiast wkroplono 2% rozczyn azotanu srebrowego. W obec ustalonego zapatrywania autorów, że najcięższe sprawy zapalne na spojówkach noworodków powstają przez zakażenie wydzieliną pochwową rodzących, jest tego rodzaju przepis najzupełniéj usprawiedliwiony. (*Wiener med. Blätter* Nr. 31, 1882). *Dr. Schaitter.*

Charcot i Ferré: **Affections osseuses et articulaires du pied chez les tabètiques.** (*Pied tabètique*).

Obok zmian w kościach i stawach osób cierpiących na wiąd rdzenia pacierzowego, które opisał Charcot w r. 1868, wydarza się u tabetyków osobliwsza deformacyja stopy na wysokości stawów stępu i śródstopowych, polegająca na kątowatém wygórowaniu na brzegu wewnętrznym lub podbiciu stopy. Zboczenie to nie musi być bardzo rzadkiem, skoro Charcot i Ferré spostrzegali je 3 razy w ciągu dwóch lat. Przy badaniu powierzchownem dochodzi się do przekonania, że choroba usadowiona jest w stawach śródstopia; a chociaż obrzęk twardy znacznych rozmiarów każe przypuścić powikłania daléj sięgające, to jednak badanie kliniczne nie

doprowadza do wyjaśnienia téj sprawy. W ostatnich czasach leczono w Hôtel Dieu tabetyka z powyżéj opisaną chorobą stopy, na którym odbyto pośmiertne badanie, a wynik takowego co do stopy był następujący: dolna powierzchnia stawu kości skokowéj oraz powierzchnie stawowe kości piętowéj jakby powygryzane, z nieznacznemi przy brzegach wyroślami, kość skokowa złamana poprzecznie; kości czółenkowata i sześcienna starte i zniekształcone; kilka znaczniejszych odszczepów tych kości utrudniają rozpoznanie trzeciéj kości klinowatéj. Pierwsza kość klinowata zwiększonych rozmiarów spojona z pierwszą kością śródstopia; druga klinowata również zniekształcona i zrośnięta z drugą kością śródstopia. Wszystkie kości stępu *(tarsus)* i śródstopia mają wejrzenie gębczaste, są łamliwe i nadzwyczaj lekkie. Te znaczne zboczenia w kościach, które nie powstały z urazu lub téż ropienia, odnieść należy do sprawy wiądu rdzenia pacierzowego, który w całéj rozległości wykazała sekcyja.

Do objawów zatém, wprawdzie rzadszych, wiądu rdzenia pacierzowego, należy zaliczyć sprawę zajęcia stawów i kości stopy; zmiany tu powstające są analogiczne z temi zaburzeniami, jakie już dawniéj były spostrzegane u tabetyków w kościach długich i wielkich stawach. (*Le Progrès médical*, Nr. 31). *Dr. A. Kwaśnicki.*

IV. Śmiertelność w większych miastach Galicyi w r. 1882.

Podał Dr. Józef Merunowicz,
c. k. lekarz powiatowy.

W ciągu roku 1882 umarło ogółem w 9ciu miastach, wyżéj 15.000 ludności liczących (Lwów, Kraków, Brody, Drohobycz, Kołomyja, Przemyśl, Stanisławów, Tarnopol i Tarnów) 11.777 osób, a zatém bezwzględnie i względnie do ilości mieszkańców tych miast, nieco więcéj jak w r. 1881. W stosunku do ludności umarło w r. 1882 na tysiąc 34·7 (w r. 1881 34·6‰, w r. 1880 38·3, w r. 1879 32·9‰.

W miastach Państwa niemieckiego z ludnością prawie 8 milijonów umarło w r. 1881 osób 26 na tysiąc, w r. 1880 27, średnio w l. 1877—79 26·8‰.

Wyższą cyfrę śmiertelności jak powyżéj wykazana średnia cyfra wykazało w r. 1882 miasto Lwów 35·8, a to głównie z powodu panujących chorób nagminnych. Brody 50·8, lecz cyfra ta o tyle jest mylną, iż obliczona na ludność stałą miasta, podczas gdy między zmarłymi było 184 osób emigrantów rosyjskich; po odliczeniu tych osób obcych, pozostaje w każdym razie jeszcze znaczny bardzo niekorzystny stosunek śmiertelności, bo 41·3‰. Daléj wykazał Przemyśl wyższą niż średnią śmiertelność; mianowicie 41·2‰, a to głównie z powodu panującéj ospy; także i Stanisławów wykazał wyższą niż średnią śmiertelność, mimo iż żadna z chorób zakaźnych wybitniejszych rozmiarów tam nie panowała. Śmiertelność w Tarnopolu równą jest średniéj cyfrze z wszystkich miast.

Znacznie zmniejszyła się śmiertelność w Krakowie, gdyż choroby zakaźne zabrały w roku 1882 najmniejszą liczbę ofiar od r. 1879; daléj zmniejszyła się śmiertelność w Drohobyczu i Tarnowie; w Kołomyi była w r. 1882 śmiertelność nieco większą, niżeli w r. 1881, lecz zawsze jeszcze niższą jak średnia śmiertelność innych miast w r. 1882.

Co do wieku umarło we wszystkich miastach dzieci aż do jednego roku życia 3.554 czyli na 100 zmarłych było dzieci niżéj roku i rok liczących 30·1%; niższą cyfrę od téj znajdujemy tylko we Lwowie i Krakowie, także w Tarnowie, najwyższą w Brodach i w Tarnopolu. W Brodach najwięcéj dzieci do jednego roku życia umarło w trzecim kwartale, w którym też największa liczba rosyjskich emigrantów zmarła (100); w tym téż kwartale umarło 80 osób jedynie z powodu zapalenia jelit. W Tarnopolu umarło najwięcéj dzieci niżéj roku i rok liczących w pierwszym kwartale, w którym największą liczbę stanowią zmarli na zapalenie płuc.

Dzieci wyżéj roku do 5ciu lat umarło ogółem w r. 1882 1.894, czyli na sto zmarłych 16% (tyleż i w r. 1881). Wyższą cyfrę wykazało miasto Lwów (panowała ospa), Kołomyja (przyczyna niejasna!) i Tarnów (panowała płonica i dyfteryja).

Ogółem dzieci do lat pięciu umarło we wszystkich miastach 5.448, czyli na sto zmarłych było 46·2 dzieci do 5ciu lat; w stosunku zaś do ludności tych miast 16 na tysiąc; w miastach państwa niemieckiego w r. 1881 12·8, w r. 1880 14·1.—W szczególności przekroczyło tę średnią cyfrę miasto Brody 58·1% (głównie z powodu napływu emigrantów rosyjskich), daléj Kołomyja, w któréj między 100 zmarło było dzieci do 5 lat 58·7, Przemyśl z cyfrą 53·1%, Stanisławów 49·2%, Tarnopol 55·2, Tarnów 46·8%, Drohobycz 48·9. Z tego okazuje się, że niemal we wszystkich naszych miastach jest śmiertelność dzieci do lat pięciu bardzo wysoką, i że na obniżenie téj cyfry głównie wpływa nader korzystna cyfra miasta Krakowa (w latach poprzednich także i Lwowa).

W Berlinie w r. 1882 było na 100 zmarłych dzieci do 5ciu lat 56·6%, a zatém mniéj jak w Kołomyi (nie uwzględniając Brodów), a nie wiele więcéj jak w Tarnopolu.

Co do przyczyny śmierci to i w tym roku jak zawsze główną rolę odgrywają choroby narządu oddechowego, jakkolwiek przyznać potrzeba, iż rok ubiegły był nieco pod tym względem korzystniejszym od dwóch poprzednich. W ogóle choroby narządu oddechowego były w 30% przypadków przyczyną śmierci. Jedynie Tarnów okazuje w tym roku względnie do roku 1881 znaczne pogorszenie; przeciwnie we Lwowie wykazano bardzo pocieszający zwrot ku lepszemu. Najwyższą śmiertelność z chorób narządu oddechowego wykazał w r. 1882 Kraków, gdyż 35 razy na sto były te choroby przyczyną śmierci, (jednak mniej jak w r. 1881), najwięcéj umarło w pierwszym kwartale, potém w drugim i w trzecim, najmniéj zaś w czwartym. We Lwowie jak powiedziano, pod tym względem znaczne polepszenie 32·9% w r. 1882, gdy w r. 1881 40%; najwięcéj umarło w drugim kwartale, potém w pierwszym i czwartym, najmniéj w trzecim. We Lwowie i Stanisławowie są suchoty płuc dwa razy tak częste jak inne choroby narządu oddechowego, przeciwnie w Krakowie są nierównie częstsze zapalne choroby narządu oddechowego, i stosunek tychże do suchot w Krakowie przedstawia się jak 3:2; w równéj prawie mierze utrzymują się suchoty płuc do chorób zapalnych narządu oddechowego w Brodach, Kołomyi, Przemyślu, Tarnopolu i Tarnowie.

W miastach państwa niemieckiego umarło w r. 1881 z suchot płuc 3·45 na tysiąc ludności, z chorób zapalnych 2·85‰, w roku 1880 3·46‰, i 2·70‰, u nas w obliczeniu na tysiąc ludności wypadnie ogółem w wszystkich miastach z suchot płuc 5·70, z chorób zapalnych 4·62, zatém znacznie, niemal dwa razy, niekorzystny stosunek.

Daléj najczęstszą przyczyną śmierci w naszych miastach w r. 1882 były choroby zakaźne, gdyż 19·43 razy na 100 zmarłych były przyczyną śmierci, jest to cyfra najwyższa od lat czterech; w roku 1879: 17·34%, w 1880: 17·30%, w 1881: 16·9%. Obliczenie w stosunku do ludności okazuje wynik zatrważający, w r. 1882 umarło bowiem na 1.000 ludności z chorób zakaźnych 66·8 osób, podczas gdy we wszystkich miastach państwa niemieckiego stosunek ten równa się cyfrze 29·9, a zatém u nas dwa razy tak często są

choroby zakaźne przyczyną śmierci jak w całém państwie niemieckiém. Że ten stosunek nie jest przypadkowym dowodzą moje obliczenia z lat poprzednich, do których czytelnika odsyłam.

Szczególnie groźnie panowała ospa w r. 1882 w naszych miastach, tak dalece, że np. w Przemyślu piąta część zmarłych była z ospy, także i w Tarnopolu, we Lwowie, Krakowie i Brodach epidemije ospy zabrały wiele ofiar, tak iż we wszystkich naszych miastach 5·85% wszystkich zmarłych było z przyczyny ospy, czyli w stosunku do ludności 2·03 *pro mille*, podczas gdy we wszystkich miastach niemieckiego państwa, gdzie jest ustawa o przymusie szczepienia, od lat pięciu nie zdarzył się mniéj korzystny stosunek jak 0·4%, a zatém u nas rocznie pięć razy więcéj umiera z ospy jak w miastach niemieckich.

Najgroźniéj panowała ospa w Przemyślu w drugim i trzecim kwartale, w czwartym kwartale we Lwowie i w drugim w Tarnopolu; natomiast w Krakowie wygasła ospa w ciągu trzeciego kwartału tak, iż w czwartym kwartale nie zdarzył się w tém mieście żaden śmiertelny przypadek ospy. Od lat sześciu (czy nawet i więcéj) rzecz niesłychana! W Drohobyczu, Kołomyi i Tarnowie zdarzały się jedynie sporadyczne przypadki ospy, a w Stanisławowie w końcu roku wybuchła epidemija, która dopiero w roku bieżącym się rozwinęła.

Drugą najgroźniejszą z chorób zakaźnych jest dyfteryja, która w ciągu r. 1882 z naszych miast zabrała 513 osób 4·35% ze stu zmarłych, czyli 1·5 na tysiąc ludności. Choroba ta nie ominęła żadnego z dziewięciu w mowie będących miast, lecz natężenie jéj było różnem, bo gdy w Tarnowie i Tarnopolu na 100 zmarłych było 9·06 i 8·21% zmarłych z dyfteryi, to w Drohobyczu i Kołomyi tylko 1·6 i 1·76, w odpowiedniéj rubryce znajdujemy. Okazuje się téż z wykazów lat poprzednich, że zarówno jak w Niemczech tak i w naszych miastach choroba ta zagnieździła się od lat pięciu tak dalece, że nie ma miasta tak tu jak i tam, któreby od niéj było wolném. Największa śmiertelność jaką z powodu dyfteryi w wykazach z miast państwa niem. napotkać można, panuje w Tilsit, daléj w Bytomiu na górnym Szląsku, lecz jakkolwiek śmiertelność dochodzi w niektórych miastach do 5 *pro mille* ludności, to ogólny stosunek śmiertelności z wszystkich miast jest o wiele korzystniejszym jak u nas, zaledwie bowiem przewyższa 1·00 *pro mille.*

Groźniejsze występowanie dyfteryi nie było związane z żadną porą roku; w każdém bowiem mieście w innym kwartale zdarzała się największa śmiertelność.

Trzecia z rzędu choroba zakaźna, która najgroźniéj w r. 1882 wystąpiła, była płonica, 2·03% na sto zmarłych czyli 0·7‰ ludności. Choroba ta przybrała jednakże tylko w Tarnowie (6·72%) i Stanisławowie (5·1%) większe rozmiary. W Tarnowie umarło z płonicy najwięcéj w ciągu trzeciego kwartału, 31 osób, w Stanisławowie najwięcéj w ciągu czwartego 22 osób.

Dur plamisty wystąpił w nieco większych rozmiarach w Drohobyczu, 4·7% na stu zmarłych, najwięcéj w drugim kwartale; także w Krakowie 2·90%, z równém nasileniem w pierwszym jak i w drugim kwartale.

Inne choroby zakaźne nie miały cechy epidemii.

Jak w latach poprzednich tak i w roku 1882 najwięcéj samobójstw zdarzyło się we Lwowie: 28 czyli 0·70 na sto zmarłych, a najwięcéj śmierci przypadkowych w Tarnopolu, 18 czyli 1·94%.

Załączone tabelaryczne zestawienie najlepiéj wykazuje stan śmiertelności w Galicyi.

SPRAWOZDANIE O ŚMIERTELNOŚCI w 9ciu WIĘKSZYCH MIASTACH GALICYI za czas od dnia 1go stycznia 1882 do dnia 31 grudnia 1882.

(Cyfry odmiennemi czcionkami wydrukowane oznaczają odsetki z ogólnéj liczby zmarłych).

Nazwa miasta	Ludność	Liczba zmarłych bez nie żywo urodzonych	W tém było obcych zmarłych w szpitalach	Stosunek zmarłych obliczony na rok i 1000 mieszkańców	Wiek zmarłych							Przyczyna śmierci: Choroby zakaźne											Inne panujące choroby							Wszystkie inne choroby	Śmierć gwałt.		
					1 rok	2—5 lat	6—20 lat	21—40 lat	41—60 lat	60 i wyżéj	wiek nieznany	Ospa	Odra	Płonica	Dławiec i błonica	Krztusiec	Dur brzuszny	Dur plamisty	Cholera	Czerwonka	Gorączka połogowa	Inne choroby zakaź.	Suchoty płuc	Zapalenie płuc krtani i tchawicy	Inne ostre choroby narządu oddechow.	Udar	Ostry gościec stawowy	Zapalenie jelit	Choleryna		Śmierć przypadkowa lub nieznana przycz.	Samobójstwo	Morderstwo lub zabójstwo
Lwów	113.862	4.078		35·8	948	721	457	620	700	631	1	323	68	65	153	38	52	5	—	20	22	1	855	435	69	81	—	91	30	1710	23	28	1
					23·2	17·7	11·2	15·2	17·1	15·4	0·02	7·9	1·4	1·3	3·7	0·93	1·27	0·12	—	0·49	0·5	0·02	20·9	10·6	1·4	1·98	—	2·25	0·74	41·9	0·5	0·70	0·02
Kraków	69.051	1939		28·1	450	258	166	367	380	318		67	4	24	47	18	22	56	—	12	10	25	253	403	28	—	—	185	—	761	22	2	1
					23·2	13·3	8·5	18·9	19·5	16·4		3·45	0·22	1·23	2·42	0·92	1·13	2·90	—	0·6	0·5	1·28	13·0	20·6	1·44	—	—	9·5	—	39·2	1·13	0·11	0·05
Brody	20.285	1032	184	(50·8)	442	158	59	100	129	144		37	49	12	62	9	14	6	—	19	6	—	120	85	31	4	3	102	2	467	2	2	—
				41·3	42·8	15·3	5·7	9·7	12·5	13·9		3·58	4·74	1·16	6·0	0·81	1·35	0·54	—	1·8	0·54	—	11·6	8·2	2·9	0·38	0·28	9·8	0·19	45·2	0·19	0·19	—
Drohobycz	18.467	611		33·1	223	76	51	92	94	75		1	—	4	10	1	18	29	—	—	2	8	48	83	64	11	—	32	14	283	1	1	1
					36·5	12·4	8·3	15·0	15·3	12·2		0·16	—	0·65	1·6	0·16	2·9	4·7	—	—	0·32	1·3	7·5	13·5	10·4	1·76	—	5·2	2·2	46·3	0·16	0·16	0·16
Kołomyja	24.077	797		33·1	298	170	39	100	92	98		3	41	16	14	6	15	—	—	10	5	1	116	130	4	8	1	14	1	414	7	—	1
					37·4	21·3	4·9	12·5	11·6	12·3		0·36	3·89	2·0	1·76	0·72	1·88	—	—	1·25	0·60	0·12	14·5	16·3	0·48	0·96	0·12	1·76	0·12	51·9	0·84	—	0·12
Przemyśl	21 647	893		41·2	337	138	119	99	104	96		169	20	11	45	10	21	22	—	15	2	18	128	142	10	9	—	31	1	231	8		—
					37·7	15·4	13·3	11·1	11·6	10·7		18·9	2·26	1·23	5·04	1·12	2·35	2·46	—	1·67	0·22	2·02	14·3	15·9	1·12	1·01	—	3·4	0·11	23·6	0·9	—	—
Stanisławów	19.380	686		35·4	257	81	42	109	98	99		6	—	35	32	13	18	—	—	1	3	1	102	49	4	9	—	13	11	386	1	1	—
					37·4	11·8	6·1	15·9	14·2	14·4		0·87	—	5·1	4·7	1·9	2·75	—	—	0·14	0·42	0·14	14·8	7·1	0·52	1·3	—	1·9	1·54	56·2	0·14	0·14	—
Tarnopol	26.861	913		34·7	387	116	76	98	103	130	3	83	3	16	75	7	20	4	—	1	2	3	95	116	4	13	—	4	48	401	18	3	1
					42·4	12·7	8·32	10·7	11·2	14·2	0·32	9.09	0·32	1·75	8·21	0·75	2·16	0·43	—	0·11	0·22	0·32	10·4	12·7	0,43	1·4	—	0·43	5·2	45·0	1·94	0·32	0·11
Tarnów	25.145	828		32·9	212	176	75	137	114	114		1	4	56	75	5	19	24	—	4	2	—	115	121	4	11	—	76	—	302	7	1	1
					25·6	21·2	9·86	16·5	13·7	13·7		0·12	0·48	6·72	9·06	0·60	2·28	2·88	—	0·48	0·24	—	13·8	14·6	0·48	1·32		9·1	—	36·4	0·84	0·12	0·12
	338.775	11.777		34·7	3.554	1.894	1.084	1.722	1.814	1.705	4	690	179	239	513	107	200	146		82	54	57	1832	1562	218	146	4	549	107	4955	89	38	6
					30·1	16·1	9·2	14·6	15·4	14·5	0·03	5·85	1·68	2·03	4·35	0·98	1·69	1·23		0·69	0·45	0·48	15·5	13·2	1·85	1·23	0·03	4·66	0·98	42·7	0·75	0·32	0·05

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Komisyja sanitarna miejska wspólnie z delegatami wojskowymi, odbyła d. 10 b. m. o godzinie 5éj po południu pod przewodnictwem prezydenta Weigla posiedzenie w sali Magistratu. Z obrad téj komisyi przytaczamy następujące punkta: 1) Stan ogólny zdrowia pomyślny w mieście. 2) Czerwonka pojawia się sporadycznie między ludnością, a w bastyjonie III za rogatką Mogilską, pojawiła się ona w istocie między umieszczonêm tam wojskiem i zaszło kilkanaście przypadków zasłabnięcia, z których 3 zakończyły się śmiercią. Władza wojskowa zapobiegła wszakże natychmiast energicznie szerzeniu się téj słabości. 3) Fizyk miejski wniósł, aby władze wojskowe nadsyłały co tydzień na właściwych blankietach doniesienia o wszelkich przypadkach śmierci między wojskiem, jakotéż o wszelkich przypadkach chorób zaraźliwych. Doniesienia te mają być podobne do doniesień, jakie ze wszystkich szpitali cywilnych i od lekarzy praktykujących dochodzą. 4) Fizyk miejski Dr. Buszek wykazał, co dotychczas zarządzono i poczyniono w kierunku usunięcia dotychczasowych usterek pod względem czystości w mieście. 5) Rozbierano kwestyję ewentualnego urządzenia którego z domów w dobrym stanie i w zdrowém położeniu się znajdującego na szpital dla rekonwalescentów cholerycznych. 6) Fizyk miejski Dr. Buszek wniósł, aby kanał wojskowy pod Zamkiem od strony Wisły połączyć z kanałem miejskim i wspólnie przedłużyć je do koryta Wisły tak, aby nieczystości kloaczne przy najniższym stanie wody nie zatruwały powietrza wyziewami. Koszta téj roboty ma obliczyć budownictwo miejskie łącznie z inżynieryją wojskową. 7) Wykaz środków zarządzonych i uskutecznionych, co do czystości miasta i zdrowia mieszkańców, przedłoży fizyk miejski w krótkiéj drodze wojskowéj władzy. Następne posiedzenie naznaczono na czwartek d. 16 sierpnia, godzinę 5 po południu.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 29 lipca do 4 sierpnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców w Krakowie 22,6. Z odry umarło 2 (0 z. t.); z płonicy 0 (2 z. t.); z czerwonki 2 (2 z. t.); z zimnicy 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku odry, 3 płonicy, 1 krztuśca, 2 duru brzusznego, 3 czerwonki. W tygodniu od 22—28 lipca umarło z ospy w Londynie 6, leczyło się w szpitalach 60, świeżo zapadło 9. W Wiedniu, Genewie, Amsterdamie, Walencyi, Baltimore i St. Louis umarło po 1, w Murcyi, Aleksandryi, Filadelfii, Liverpolu i Birminghamie po 2, w Madrycie 3, w Petersburgu 4, w Warszawie 5, w Brukseli i Roterdamie po 6, w Bombaju 7, w Maladze 10, w Pradze i Paryżu po 12, w Nowym Orleanie 17, w Madrasie 34, w Rio de Janeiro 69. Z duru osutkowego umarło w Budapeszcie, Rzymie, Walencyi, Murcyi, Granadzie i Baltimore po 1, w Petersburgu 2, w Maladze 4, w Madrycie 9. W Bombayu umarło od 12—19 czerwca 5 z cholery, w Rio de Janeiro od 16—30 czerwca 46 z febry żółtéj.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 22—28 lipca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 28,9; w Warszawie 46,4; w Poznaniu 32,8; w Wiedniu 23,4; w Budapeszcie 43,7; w Pradze 36,7; w Tryjeście 27,4; w Berlinie 41,6; w Wrocławiu 33,6; w Gdańsku 24,5; w Monachowie 37,7; w Dreźnie 29,0; w Lipsku 28,5; w Kolonii 28,7; w Bazylei 23,8; w Brukseli 31,9; w Amsterdamie 2,25; w Hadze 30,9; w Paryżu 23,3; w Londynie 21,1; w Kopenhadze 22,8; w Stokholmie 21,2; w Chrystyjanii 19.6; w Petersburgu 28,0; w Odesie 43,1; w Rzymie 23,6; w Bukareszcie 26,2; w Madrycie 32.1; w Lizbonie 25,5; w Aleksandryi 40,7; w Nowym Yorku 30,9; w Madrasie 73,3. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 16 sierpnia. Minister wyznań i oświaty w porozumieniu z ministrem spraw wewnętrznych mianował na rok szkolny 188³/₄ przy egzaminach lekarskich w Uniwersytecie Jagiell.: 1) komisarzem rządowym prof. Dra Browicza, jego zastępcą prof. Dra Madurowicza. 2) Koegzaminatorem przy drugim ścisłym egzaminie prof. Dra Domańskiego, jego zastępcą Dra Paszkowskiego. 3) Koegzaminatorem przy trzecim ścisłym egzaminie prof. Dra Obalińskiego, jego zastępcą prof. Dra Rosnera.

* We wrześniu b. r. wyjdzie Kalendarz lekarski na rok 1884, ułożony przez Dra J. Stellę Sawickiego, Inspektora szpitali galicyjskich. Z kalendarza na r. 1883 wnioskować możemy o treści i praktycznéj wartości ukazać się mającego kalendarza na rok przyszły. Nazwisko Dra J. Sawickiego jest dla nas gwarancyją, że praca jego będzie sumienną i dokładną.

W obec wkrótce spodziewanéj, lecz jak zwykle niezamawianéj przesyłki kalendarzy zagranicznych, pospieszamy podzielić się z kolegami tą, nieco późno nadesłaną nam wiadomością, przekonani, że tak miłość własna narodowa, jak osobisty każdego z nas interes, każą nabyć kalendarz lwowski, który tak bogactwem treści, jak i informacyjami czysto lokalnemi, zdobywa sobie pierwszeństwo przed zagranicznemi publikacyjami tego rodzaju.

* Według nadesłanego nam wykazu do d. 8 sierpnia bawiło w Cieplicach gości kąpielowych 7.566. W Krynicy 2.739.

* W lipcowym zeszycie *Ann. d'hyh. publ.* znajdujemy treść pouczającego wykładu prof. Brouardela o błonie dziewiczéj i o pomyłkach, które często przy jéj badaniu zachodzą. Nieżytowe zapalenia pochwy u małych dzieweczek nieraz dały powód do posądzenia o dokonanym zamiarze zgwałcenia. Już Astley Cooper pisał, że matki przerażone odkryciem śluzotoku pochwy u swych małych córek, nieraz tak natarczywie z rózgą w ręku domagają się od nich przyznania się, kto je dotykał, że ze strachu dziecko wypowiada pierwsze lepsze nazwisko, powstaje proces, a Cooper powiada, że były przypadki w dawnych czasach niewinnego ukarania śmiercią. Brouardel utrzymuje, że do dzisiejszego dnia podobne rzeczy dzieją się w Francyi, tylko kary tak srogiéj nie wymierzają; zwraca on uwagę na to, że błona dziewicza ma postać niejednaką, obejrzenie jéj niełatwe, a wielu lekarzy nigdy jéj nie widziało. Brouardel przytacza przypadek 8-letniéj panienki, którą badał, w skutek orzeczenia młodego lekarza utrzymującego, że błona dziewicza została zniszczoną, a w istocie była ona całą. Przekonany przez Brouardela, zeznał ten lekarz w sądzie swój błąd, a na zapytanie sędziego, jak to stać się mogło, odpowiedział: „nigdy jeszcze błony dziewiczéj nie widziałem".

* W letniém ubiegłém półroczu było na 20 niemieckich wszechnicach 24.982 słuchaczy; z téj liczby na medyków przypada 6350 (25·4%). Najwięcéj uczęszczało na Wydział lekarski w Berlinie (763), a najmniéj w Rostoku (61). (*D. med. Wochensch.* 18 lipca).

* Pruski minister oświaty zakazał wykładu pojęć Darwina w szkołach niższych i średnich.

* Dr. Herzenstein drukuje w *Wraczu* pracę zatytułowaną: Rys historyczny wykształcenia lekarskiego w Rosyi w 18ém stóleciu. Pierwszym kierownikiem szkoły lekarskiéj w Moskwie był Dr. Bidłoo. Warunkiem przyjęcia do szkoły była znajomość języków holenderskiego i łacińskiego, innego szkolnego przygotowania nie żądano; dla przyciągnięcia słuchaczów dawano im zupełne utrzymanie i niewielką pensyję. Pomimo tych warunków Dr. Bidłoo skarży się Piotrowi I., że z 50 słuchaczów tylko 33 pozostało, gdyż 8 uciekło, 2 otrzymało inne przeznaczenie, 1 za niewstrzemięźliwość skazany na żołnierza, 6 umarło. Byt słuchaczów nie był łatwy: byli oni obowiązani pełnić obowiązki felczerów i posługaczy; kurs nauk trwał do 7 a nawet do 10 lat; a co najgorsza, to nadzwyczaj surowe kary za niewstrzemięźliwość, niesforność i cudzołoztwo. Batożono biednych medyków codziennie, zsyłano do służby żołnierskiéj, kuto w łańcuchy itd. W obec tego stanu rzeczy nie należy się dziwić ucieczce z takiéj świątyni nauki.

* W Carogrodzie wyszła rosprawa Dra Stekoulisa „*Le pélerinage de la Mecque et le cholera au Hédjaz.*" która odkrywa wiele szczegółów dotyczących zdrowotnego stanu Meki i warunków powstawania cholery między pielgrzymami. Podług autora pielgrzymi z posiadłości holenderskich przybywają do Meki w dobrym stanie zdrowia, gdyż władze holenderskie wydają paszporta tylko takim, którzy wykażą się dostatecznym funduszem na podróż i życie; natomiast pielgrzymi indyjscy, zamieszkujący kraje należące do W. Brytanii, składają się przeważnie z żebraków, ulegają więc głodowi, chorobom i wyczerpaniu sił w podróży; ci więc ostatni stanowią materyjał dla cholery; między niemi ona wybucha i następnie wybiera najwięcéj ofiar. Miasto Meka, posiadające 40.000 mieszkańców, chociaż ma klimat zmienny, nie ma położenia nadzwyczaj niezdrowego, i stali mieszkańcy Meki

nader rzadko ulegają chorobom zakaźnym. Od r. 1831 było w Mece 16 epidemij cholerycznych, z których 15 wybuchło między pielgrzymami.

* Obowiązki położnych na wyspach Sandwickich przypadają starcom, którzy sztukę położniczą ograniczają do następujących zachodów: jak tylko ciężarna poczuje bóle, sadza ją starzec położnik na swych kolanach w takim położeniu, ażeby ona plecami opierała się o jego pierś, i międi brzuch tak długo, aż poród nastąpi; poczém stawi on położnicę na nogi, i ciągnie język tak długo, aż nastąpi odbicie się lub wymioty, przyczém łożysko odchodzi i czynność biegłego w sztuce położniczéj zostaje zakończoną. (*D. med. Zeit.* 26 lipca).

* **Wiedeń.** Podczas wystawy elektrycznéj, która otwartą zostanie d. 16 bm., odbędą się wykłady popularne z dziedziny nauki o elektryczności. Z lekarzy wezmą udział w tych wykładach: Drowie Mundy, Benedict, Fleischl, Mosetig, Rosenthal z Wiednia, oraz Stein z Frankfurtu a./M.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin.** Dziekanem Wydziału lek. wybrany został prof. Hirsch. — **Strasburg.** Docent prywatny Dr. Ernest Fischer mianowany został nadzw. profesorem chirurgii. Katedrę prof. Waldeyera, powołanego do Berlina, objąć ma prof. Schwalbe z Królewca. — **Zurych.** Z powodu jubileuszu 50-letniego istnienia uniwersytetu Wydział lek. mianował doktorami honorowymi prof. chemii Wislicanusa w Würzburgu, Pasteura w Paryżu, Mathiesena prof. fizyki w Rostoku i inżynijera Bursch-Zieglera w Zurychu; Wydział zaś filozoficzny Henkego prof. anatomii w Tybindze.

* **Nekrologija.** D. 9 b. m. umarł w Kielcach Dr. Andrzejewski lekarz wojskowy z r. 1831. W Paryżu umarł profesor Parrot autor licznych prac z dziedziny pedyjatryi. Dr. Matylda Chaplin Ayrton umarła w Londynie. Wydała w Paryżu rozprawę pod tytułem: *Dimensions genérales et le développement du corps chez les Japonais.* Zostawiła wiele rękopismów ze swych licznych podróży po azyjatyckim Wschodzie.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 32: Kramsztyka: Z panoramy własnego oka. — Huzarskiego: Zarośnięcie i zwężenie pochwy, jako przeszkoda do odbycia porodu. — Wyszyńskiego: O kumysie kefirowym. — W *Medycynie* Nr. 32: Dobrzyckiego: Spostrzeżenia nad działaniem kairynu (c. d.).

Piśmiennictwo lekarskie. PRESL Fr. Gesetze u. Verordnungen üb. d. österreichische Apothekerwesen etc. 8 Prag, Mercy. M. 2.

SALKOWSKI E. u. W. LEUBE. Die Lehre vom Harn. Mit 26 Holzschnitten. gr. 8. Berlin, Hirschwald. M. 14.

SÄNGER M. Der Kaiserschnitt bei Uterusfibromen. M. 2 Tfln. gr. 8. Leipzig, Engelmann. M. 6.

ZENKER F. A. Ueb. den Cysticercus racemosus d. Gehirns. M. 1 Taf. gr. 4. Bonn, Cohen et Sohn. M. 2.

HUETER C. Grundriss der Chirurgie. 2 Aufl. v. Herm. Lossen. 2 Bd. Specieller Thl. 1 Abth. Mit 108 Abbildgn. gr. 8. Leipzig, F. C. W. Vogel. M. 5.

MEMOIRES de la société de médecine de Strasbourg. Tome XIX. gr. 8. Strassburg, Schulz et Co. M. 4.

W zastępstwie redaktora: **Dr. A. Kwaśnicki.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 25 sierpnia 1883. № 34. Rok XXII.

I. Z Zakładu sądowolekarskiego prof. Blumenstoka w Krakowie.

Kazuistyka sądowo- i policyjnolekarska

VI.

Uwagi nad śmiercią z otrucia fosforem na podstawie trzech obserwowanych przypadków.

Podał Dr. J. Schaitter,

Demonstrator przy tymże Zakładzie i lekarz sądowy.

Otrucie fosforem, zwłaszcza główkami zapałek fosforowych, jest jedném z otruć najczęstszych i najlepiéj studyjowanych, tak co do objawów klinicznych jakoteż co do zmian anatomicznych. W roku bieżącym a w krótkich stosunkowo odstępach czasu wydarzyły się tutaj 4 przypadki tego otrucia, z tych 3 mieliśmy sposobność bliżéj badać; dwa z nich były przedmiotem dochodzenia sądowego, a jakkolwiek w żadnym razie nie zauważyliśmy objawów nowych i dotąd nie opisanych, to nie spostrzegaliśmy także kilku objawów opisywanych pomimo zwracania na te okoliczności bacznéj uwagi, a z drugiéj strony chcemy przy téj sposobności położyć nacisk na objawy wprawdzie już spostrzegane ale niedostatecznie uwzględniane.

Pierwszy przypadek dotyczył kobiety 27-letniéj, która po zjedzeniu kaszy, doznała bólu w dołku żołądkowym, a w parę godzin potém wymiotów. Gdy objawy te znacznie się wzmogły, chora udała się dopiero na trzeci dzień do szpitala, gdzie badanie wykazało: Spojówki żółto zabarwione, język mocno obłożony, w płucach i sercu żadnych zmian. Brzuch mocno wzdęty, okolica żołądka bardzo bolesna, a bóle te występują nawet dobrowolnie. Wątroba i śledziona nie macalne z powodu wzdęcia i bolesności brzucha. Mocz żółty, kwaśny, zawiera białko, barwiki żółciowe, wałeczki, chlorki zmniejszone. Części płciowe świeżą krwią zbroczone; stolca brak od kilku dni, ciepłota prawidłowa, tętno słabe 90. Na podstawie tych objawów rozpoznano: *Gastritis acuta prob. toxica* i polecono okłady ciepłe na brzuch, wino łyżkami, wodę sodową wewnętrznie i lawatywę. Dnia następnego wymioty nie pojawiają się, chora odrętwiała, odnogi chłodne, tętno nikłe, nastaje sinica i śmierć w kilkanaście godzin po przybyciu do szpitala.

Przebieg kliniczny w drugim przypadku był bardzo podobny z tą tylko różnicą, że chory 25 lat liczący, przybywszy do kliniki już po paru dniach po spożyciu trucizny, wzbraniał się dać wiarogodne wyjaśnienie co do przyczyny i początku swojéj choroby. Twierdził on, że będąc przedtém zupełnie zdrowym, doznał nagle bólu w okolicy żołądka a po pewnym czasie wymiotów miazgą pokarmową bez wszelkiéj osobliwéj woni. Wśród tego miał doznawać palenia wzdłuż gardziela i mocnego pragnienia. Przypady te miały trwać przez cały tydzień, chory stracił apetyt zupełnie a w ustach czuł ciągle gorycz. Dopiero gdy po kilku dniach wystąpiło tak znaczne ogólne osłabienie, że się już zaledwie mógł na nogach utrzymać, udał się pod opiekę lekarską. Badanie uskuteczniono zaraz po przyjęciu, t. j. w siódmym dniu choroby i spostrzeżono żółtaczkę spojówek, skórę suchą również żółtawą, język obłożony, wzrok błędny, w reakcyi źrenic żadnéj nieprawidłowości. W narządach klatki piersiowéj nie spostrzeżono zmian. Wątroba niemacalna, lecz okolica jéj bardzo bolesna. Bóle silne w całym dołku żołądkowym trwają ciągle, przyczém chory skarży się na silne pragnienie i chciwie połyka kawałki lodu popijając, zimną wodą. Tętno małe 80, ciepłota prawidłowa. Następnéj nocy chory nie spał ani chwili; majaczył i, wstając z łóżka, niepokoił sąsiadów. Zrana osłabiony znacznie i trwożliwy majaczy ciągle, uciekając przed nieprzyjaciółmi, którzy go chcą otruć. Ciepłota prawidłowa, tętno 116. Na wargach spostrzedz można sinicę. Mocz z nocy w ilości 300grm. oddziaływa obojętnie, zawiera znaczną ilość białka i barwiki żółciowe; w osadzie nieliczne wałeczki szkliste. Wymioty pojawiają się jeszcze, chory apatyczny, sinica, wzmaga się

a śmierć następuje wśród ogólnych drgawek w ósmym dniu choroby.

Tak w tym jak i w poprzedzającym przypadku domyślano się tylko otrucia, nie miano bowiem podstawy dostatecznéj w niedokładnych i pogmatwanych opowiadaniach chorego. Innym zupełnie był przebieg w przypadku trzecim, który dotyczył dziewczyny 18-letniéj. W zamiarze samobójczym zażyła ona główki z 3ch paczek zwyczajnych zapałek, rozmięszane w wodzie. W 9 godzin po wypiciu pojawiły się dopiero obfite wymioty, jakkolwiek dotkliwe bóle powstały już wcześniéj i trwały całą noc i dzień następny. Przyznała się ona do samootrucia, a otoczenie zauważyło woń czosnkową jéj wydechu. Znaczny upadek sił skłonił ją do udania się do szpitala, gdzie już w trzecim dniu choroby życie zakończyła, wśród wzmożenia się wspomnianych przypadów i znacznéj obolałości okolicy żołądka. Żółtaczki spojówek nie spostrzeżono. Wymiocin nie badano chemicznie w żadnym z tych trzech przypadków; w pierwszych dwóch bowiem nie spodziewano się dodatniego rezultatu tego badania, ponieważ chorzy zgłosili się już po kilku dniach choroby; w przypadku trzecim przyznanie się do samootrucia i brak wszelkich wątpliwości rozpoznawczych czynił badanie chemiczne zbytecznem.

Obraz napotkany przy sekcyi, zwłaszcza w dwóch pierwszych przypadkach, był nader charakterystycznym chcąc jednak uniknąć powtarzania, przejdziemy porządkiem zwyczajnym wszystkie trzy przypadki razem. Dodać nam wypada, że w dwóch pierwszych przypadkach zmiany gnilne daléj posunięte nie dozwoliły szczególnie przy oględzinach zewnętrznych stwierdzić należycie żółtaczki powłok ogólnych, spostrzeżonéj jeszcze za życia [1]; ślady jéj wyraźne napotkano jeszcze na spojówkach i przy oględzinach wewnętrznych, mianowicie na oponie twardéj. W trzecim przypadku, w którym śmierć nastała z początkiem trzeciego dnia po zażyciu trucizny w znacznéj ilości, nie było jeszcze żółtaczki, występującéj zazwyczaj w tymże dniu choroby. Na zwłokach dwóch pierwszych osób uderzały już na pierwsze wejrzenie sińce na przodkowéj części powłok ogólnych, nieregularne, które po nacięciu okazywały rozległe podbiegnięcia krwi w tkance podskórnéj. Nie można było wcale wykazać pewnego właściwego umiejscowienia tych sińców, gdyż gdziekolwiek nacinano, napotykano wybroczyny więcéj lub mniéj rozległe tak w warstwach powierzchownych jak głębszych, a zwłaszcza w pokładzie mięsnym na grzbiecie, klatce piersiowéj, brzuchu i odnogach. Przy téj sposobności spostrzeżono w tych przypadkach odmienne niż zazwyczaj zabarwienie tkanki mięsnéj, która okazywała się wszędzie szarawo-żółtawą i kruchszą niż to bywa w innych rodzajach śmierci [2]. Jak powyżéj wspomniano, była opona twarda w obu pierwszych przypadkach żółtaczkowo zabarwioną, w trzecim zabarwienia takiego nie można było zauważyć. Zresztą mózgowie miernie w krew obfitujące nie przedstawiało wcale zmian. Krew w żyłach szyjnych śród otwierania zwłok wypływająca, była płynną i nie różniła się barwą od zwykłéj krwi trupiéj, a tkanka śródpiersia przodkowego zawierała w pierwszym przypadku liczne wybroczyny, których znaczniejszą ilość ujrzano w powłokach miękkich i mięśniach klatki piersiowéj mężczyzny.

Dopiero oglądanie błon surowiczych przekonało o wielkiém podobieństwie zmian znalezionych we wszystkich trzech trupach. Opłucne, zwłaszcza w tylnych częściach, osierdzie w okolicy odejścia pni naczyniowych były formalnie zasiane wybroczynami większemi i mniejszemi, wnęki płuc (przyp. 2gi) podbiegnięte krwią, która zajmuje nawet tkankę śródpiersia tylnego. Pierwsze drogi oddechowe, jakotéż przodkowa część przewodu pokarmowego, nie przedstawiały nic uwagi godnego oprócz nielicznych wybroczyn pod błoną śluzową korzenia języka (przyp. 2) i na tylnéj ścianie przełyku (przyp. 1). Miąższ płuc wszędzie powietrzny, przedstawia obraz obrzęku końcowego w wyższym (przyp. 1) lub niższym stopniu. Serce nie przedstawiało zboczeń co do rozmiarów, zawsze jednak było nadzwyczaj wiotkie, mięsień żółtawy i nader łatwo rozrywający się, a badanie mikroskopowe wykazywało zwyrodnienie tłuszczowe daleko posunięte. W przypadku trzecim, w którym więcéj stosunkowo znaleziono wybroczyn pod błonami surowiczemi aniżeli pod skórą lub wśród układu mięsnego, znaleziono je również pod osierdziem w okolicy odejścia pni tętniczych, w pierwszych dwóch przypadkach widoczne były gdzieniegdzie tylko drobniutkie wybroczynki rozmiarów siemienia ponad komórkami. Wątrobę znachodzono powiększoną, ciężar jéj wynosił 1650grm., 1550 grm. i 1280grm.: najmniéj więc ważyła w przypadku trzecim, który się odznaczał nader szybkim przebiegiem. Na przekroju przedstawiała ona znany obraz zwyrodnienia tłuszczowego najwyższego stopnia, będąc przytém w wysokim stopniu niedokrewną. Śledziona nie przedstawiała zmian. Nerki również nieco powiększone, wiotkie a istota korowa szeroka, całkiem żółta bez zwyczajnego rysunku, cząstki jéj odrywały się łatwo wraz z schodzącą torebką. Żołądek miernie rozszerzony zawierał zazwyczaj treść mętną, kwaśną, szarawą, w któréj za pomocą destylacyi w ciemnym pokoju przedsiębranéj nie można było ani po kilku godzinach obserwacyi spostrzedz świecenia, mimo, że destylowano w cieczy mocno zakwaszonéj. Błona śluzowa żołądka przedstawiała zawsze typowy obraz ćmawego obrzęku. Otrzewna i krezka były w licznych miejscach krwią podbiegłe, pierwszéj tak ścienna jakotéż trzewowa blaszka; rozległe takie podbiegnięcia spotrzeżono w 3cim przypadku w miejscach przyczepienia się krezki do jelita. Części rodne zewnętrzne u obu niewiast były krwią zbroczone, któréj ślady ze śluzem zmieszane znajdowano w pochwie i macicy.

Ponieważ otrucie fosforem zdarza się przeważnie u kobiet, i to młodszych, a jak doświadczenie w większych miastach poucza, szczególnie u kobiet brzemiennych, zwłaszcza nieślubnie, zwraca się zazwyczaj śród sekcyi uwagę na stan części płciowych tak zewnętrznych, jak i wewnętrznych; w przypadku ostatnim nadto już dla tego części te dokładnie zbadać wypadało, ponieważ twierdzono wprost, że dziewczyna otruła się, ponieważ zaszła była w ciążę. Badanie części płciowych nietylko zadało kłam temu twierdzeniu, o ile wykazało macicę dziewiczą, ale nadto znaleźliśmy rzadki u nas obraz błony dziewiczéj mostkowéj. Zakład sądowolekarski posiada w zbiorze swoim kilka okazów tego rodzaju darów prof. Hofmanna z Wiednia, gdzie przy nader obfitym materyjale częściéj się tę odmianę napotyka. Wszystkie te okazy pochodzą z niemowląt a ten przypadek był pierwszym, w którym u niewiasty dorosłéj tę odmianę znaleźliśmy i wspominamy tutaj o niéj dla jéj rzadkości. (Pre-

[1]) Z powodu interwencyi c. k. prokuratoryi w tych przypadkach musiano się wstrzymywać z wykonaniem sekcyi przez kilka dni w porze roku ciepłéj.

[2]) Mikroskopowo wykazano zwyrodnienie tłuszczowe mięśni w ogóle a zwłaszcza mięśnia sercowego, ile jednak z tych zmian policzyć należy na karb zgnilizny, tego w danym razie ocenić należycie nie można.

parat przechowany w spirytusie okazano w dniu 6 czerwca b. r. na posiedzeniu Tow. lek. krak.).

W dochodzeniach otruć składa się na rozpoznanie cały szereg zmian, z których w równéj mierze należy korzystać w przeważnéj liczbie przypadków. Porównywając te trzy przypadki typowe z innemi ogłaszanemi, możemy śmiało twierdzić, że w otruciu fosforem odpada najczęściéj potrzeba badania chemicznego trzew i ich treści, jak niemniéj zbytecznêm winno być zwracanie uwagi na inne poboczne okoliczności towarzyszące przypadkowi. Jeżeli tylko zestawimy jakie takie daty z historyi choroby z nader charakterystycznym obrazem sekcyjnym, możemy najczęściéj nabrać niezachwianego przekonania, z czêm się ma do czynienia. Jedynie gdyby się rozchodziło o docieczenie, w jakiéj postaci fosfor użytym został, czy np. z zapałek czyli téż jako dosyć rozpowszechnionéj trucizny na szczury i myszy, mogłoby dochodzenie chemiczne dać wskazówki w braku pewnych wywiadów. Myślimy tutaj o właściwym składzie tak masy zapałkowéj, która zawiera ołów, jeżeli do zabarwienia jéj użyto minii, jakotéż o pewnych domieszkach natury trującéj, dodawanych zazwyczaj do pasty na szczury. Badanie chemiczne treści żołądka zwłok nie daje zazwyczaj rezultatów dodatnich i nie dało ich téż w naszych trzech przypadkach; za jedynie racyjonalne uważać należy badanie pierwszych wymiocin, a czasem, jak w przypadkach z szybkim przebiegiem i zejściem śmiertelnêm, badanie treści jelit w częściach dalszych. Chociażby nawet zrazu można było wykryć fosfor przyrządem Mitscherlicha, to po kilku dniach stanie się niemożebnêm z powodu utlenienia się tego metaloidu. Niejednokrotnie staraliśmy się wśród sekcyi wyczuć woń czosnkową fosforu, jednak mimo bacznéj uwagi i mimo, że kilku ze zgromadzonych przy sekcyi tę woń śledziło wśród otwierania jam i narządów, ani razu nie można jéj było wyczuć i odróżnić od zwyczajnéj woni trupiéj. Że badanie za pomocą węchu nie dopisywało w przypadku pierwszym i drugim, temu dziwić się nie można tak dalece, gdyż, jak wspomniano, zgnilizna daléj posunięta czyniła niemożebnêm tego rodzaju spostrzeżenie; w trzecim przypadku całkiem świeżym również nie wykrywaliśmy woni czosnkowéj, bacząc pilnie w czasie otwierania jelita ślepego, zkąd czasem widać nawet wznoszące się dymy fosforu przy sekcyjach zwłok ludzi otrutych. Tak tedy i ta okoliczność stanowi nowe poparcie naszego twierdzenia, że na samych anatomicznych spostrzeżeniach i kilku datach z przebiegu choroby można oprzeć pewne rozpoznanie tego otrucia. Najmniejszéj wątpliwości nie ulega, że taki szereg zmian anatomicznych odpowiada jedynie temu otruciu, a chociaż w przebiegu innych chorób napotkać można pewne szczegóły z tego obrazu, to jedynie, gdy wszystkie się zgadzają ze sobą, możemy twierdzić, że ma miejsce otrucie fosforem. (Dok. n.)

II. Kazuistyka lekarska w Turcyi.

Zebrał Dr. W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 33).

IV. Zaniemienie po użyciu siarkanu chininowego.

Nikt nie zaprzeczy skutecznego działania siarkanu chininowego w zimnicy i w wielu innych ostrych i przewłocznych chorobach, w których środek ten, nie działając bezpośrednio na samo złe, obniża ciepłotę, i wprowadza cierpiącego w stan stosunkowo znośniejszy. W istocie też siarkan chininowy jest dzisiaj środkiem oddającym wielkie usługi. Nie mam zamiaru przytaczać tutaj wszystkich własności fizyjologicznych chininu, pozwalam tylko sobie zanotować, że jego działanie na ośrodki nerwowe często wywoływa objawy szkodliwe dla chorych. Szum w uszach, zagłuchnięcie, a niekiedy i lekkie drgawki występują w skutek działania tego środka na system nerwowy. Następujący przypadek dość zajmujący potwierdzi powyższe zapatrywanie.

Latyf Szabanogłu z Eski-Zahra, lat 35, wątłéj budowy, temperamentu limfatycznego, zapewnia, że nigdy nie chorował i tylko od paru dni miewa napady zimnicy. Przybył do mnie właśnie w chwili, gdy okres dreszczy ustępował. Poleciłem gram siarkanu chininowego, każąc go zażyć w chwili wystąpienia potów. Przepis z całą ścisłością został wykonany. W kilka godzin po przyjęciu lekarstwa chory czuł się lepiéj, doświadczał jednak trudności w wymawianiu pewnych wyrazów, a wreszcie zupełnie zaniemiał. Strwożony tym objawem wezwał mnie ponownie; jakież było moje zdziwienie kiedy go zastałem zupełnie niemym. Był to dla mnie stan, którego powstania nieumiałem sobie wytłumaczyć. Przepisawszy tym razem męszaninę orzeźwiającą, powróciłem do siebie, a następnego dnia pospieszyłem odwiedzić mego niemowę. Zastałem go bez gorączki, ze skórą nieco wilgotną, językiem lekko obłożonym, ciężkością głowy, brakiem apetytu i osłabieniem; lecz rzecz szczególna, chory wyrażał się najzupełniéj dobrze. Nie przypuszczając, ażeby dawka chininu miala wywołać bezpośrednio porażenie języka, przepisałem świeżą ilość siarkanu chininowego, i pomimo całego wstrętu chorego do brania lekarstwa, zmusiłem go do przyjęcia tylko w dwóch daniach. Po czterech godzinach Latyf zaniemiał, niemogąc wymówić jednego słowa w ciągu całych sześciu godzin. Gdy jednak napady zimnicze nie powtarzały się, dla przeprowadzenia ściślejszego spostrzeżenia, zaprosiłem chorego do siebie. Zastałem go w dobrym stanie; chory rozprawia doskonale i niechce przyjąć żadnych lekarstw. Na moje przedstawienia decyduje się zażyć 75 ctgrm. chininu na raz; środek zażyty wkrótce wywołuje następujące objawy: W godzinę po zażyciu żadnéj zmiany, w dwie godzin szum w uszach, po 3ch siła szumu znacznie się zwiększa, a po 4ch godzinach zauważyłem lekką trudność w wymowie, która z biegiem czasu zwiększyła się. Chory mówi lecz zrozumieć go niepodobna. W siedm godzin po zażyciu chininu zupełne zaniemienie, trwające 5 godzin. Następnie stan chorego staje się prawidłowym, zdrowie powróciło. Nie ulega więc wątpliwości, że siarkan chinowy był przyczyną zaniemienia, gdyż takowe występowało każdorazowo po użyciu tego leku. Lecz dlaczego i jakim sposobem, na to obecny stan naszéj nauki nie daje odpowiedzi.

III. Oceny i sprawozdania.

Kempner (w Berlinie): **O leczeniu gruźlicy przestworami arsenu.**

Podczas gdy we Francyi dawniéj już używano arsenu do leczenia gruźlicy, a Isnard miał go stosować w wielu przypadkach z bardzo pomyślnym skutkiem, nie podjął nikt dotąd w Niemczech systematycznych doświadczeń. Dopiero w najnowszym czasie ogłosił Buchner dwie prace *(Die ätiologische Therapie und Prophylaxis der Tuberculose. Eine neue Theorie über Erzielung von Immunität gegen In-*

fectionskrankheiten), w których rozwinął swoją teoryję o odporności, a zarazem stara się uzasadnić leczenie gruźlicy arsenem.

B. uważa chorobę zakaźną za walkę między istotami chorobotwórczemi, dwoinkami (*Spaltpilze)* a komórkami tkanin. W zasadzie jest to zdanie tak stare, jak medycyna, tylko że na miejsce nieokreślonych dawniejszych pojęć *„ens morbi, virus, vis medicatrix“* postawiono dwoinki, również w wielu chorobach nieznane. Ze stanowiska chemii przedstawia ustrój zwierzęcy bardzo korzystne warunki dla życia i mnożenia się grzybków, a mimo tego przechodzi przeważna część chorób zakaźnych w wyzdrowienie. Dowodzi to, że ustrój rozporządza środkami ochronnemi, a te upatruje B. w zapaleniu. Odporność bowiem komórki zależy od stopnia jéj odżywienia, a najlepsze warunki są potemu w pierwszym okresie zapalenia, tj. w okresie przekrwienia. Aby udowodnić, że zapalenie jest właśnie tym środkiem ochronnym ustroju przeciw wkraczaniu dwoinek, powoływa się B. na następujące doświadczenie, którego jednak nikt jeszcze po nim nie powtórzyl. Zanurzywszy nitkę w płynie mięsnym gnijącym, przeciągał ją poprzecznie pod skórę w środku ucha królika. 6—8 godzin późaiéj, po powstaniu zapalenia w dotyczącém miejscu, wstrzykiwał podskórnie w górną część ucha małą ilość cieczy gnilnéj i podwiązywał tętnicę szyjną odpowiedniéj strony, aby zmniejszyć odporność tkanek. Zamiast żeby wystąpiła zgorzel całego ucha, jak to zwykle ma miejsce w podobnych warunkach, tworzyło tu miejsce zapalone jakby wał ochronny, którego grzybki przekroczyć nie mogły tak, że tylko górna połowa ucha ulegała zgorzeli; lecz tak ma się rzecz tylko przy pewnym stopniu natężenia sprawy zapalnéj; jeżeli zaś ten zostanie przekroczony, nie tylko że zapalenie prowadzi do lepszego odżywienia komórek tkanin, ale sprowadza nawet ich obumarcie. Ztąd wynika wskazówka lecznicza, że leczenie chorób zakaźnych nie musi mieć na celu zniszczenia grzybków wprost, np. środkami przeciwgnilnemi, lecz z w i ę k s z a n i e o d p o r n o ś c i k o m ó r e k t k a n i n, a temu wskazaniu odpowiadają według B. fosfor, antymon, przedewszystkiem zaś arsen. Arsen używany w dawkach leczniczych, a po przyzwyczajeniu się nawet w daleko większych, nie tylko nie szkodzi ustrojowi, ale przeciwnie przyczynia się do poprawienia ogólnego odżywienia, a dowodzą tego nie tylko arsenożercy w Styryi i pensyjonaty w Szwajcaryi, ale również sprawozdania znakomitych lekarzy, jak H e i m a, R o m b e r g a, H e b r y, a w nowszych czasach doświadczenia G i e s a (1877).

Zanim K e m p n e r przystąpił do doświadczeń poniżéj przytoczonych, zadał sobie pytanie, w których przypadkach arsen może być skutecznym. U tych chorych, którzy przychodzą do lekarza ze zmianami miejscowemi w płucach tak wybitnemi, że je można wybadać, sprawa chorobowa jest już znacznie posuniętą; nawet t. zw. nieżyt szczytów ma zwykle za anatomiczną podstawę ogniska okołooskrzelowe. W obec tego możnaby się spodziewać najlepszych wyników po stósowaniu arsenu jako środka zapobiegawczego, a to wskazanie może mieć już z tego względu wielkie znaczenie praktyczne, że przyszłe ofiary téj choroby okazują wcześnie wybitne znamiona już to w dziedziczności już w ogólnéj budowie. Lecz ocenienie skuteczności arsenu w tym kierunku mogłoby mieć wartość naukową tylko po wieloletnich doświadczeniach, przedsiębranych na wielkiéj liczbie chorych. Przypadki t. zw. świeże nie nadają się do podobnych doświadczeń raz dlatego, że nie przedstawiają objawów przedmiotowo stwierdzić się dających, któreby mogły służyć do ocenienia zmian zaszłych podczas leczenia, a powtóre ponieważ zmiany te ustępują często same bez śladu. W przypadkach tych, w których zmiany miejscowe są daléj posunięte, trzeba uwzględnić: 1) Same wytwory chorobowe, ogniska gruźlicze i ich bezpośrednie następstwa, jamy. 2) Zapalenie reakcyjne miąższu płuc naokoło tych ognisk. 3) Zakażenie ogólne. 4) Skutki miejscowego schorzenia płuc dla całego ustroju. Ogniska chorobowe ustroju, jako części, które uległy obumarciu, leczyć się nie dadzą; arsen więc może mieć tylko za zadanie podtrzymywać żywotność tkanin, które uległy zapaleniu a tém samém zwiększać ich odporność. Lecz nie mniéj ważném wskazaniem jest podtrzymanie ogólnego odżywienia, aby zapobiedz wyniszczeniu, które K. czyni zależném od zakażenia ogólnego prątkami, i aby ustrój mógł świeżemi siłami stawiać opór rozszerzeniu się prątków. K. wybierał do swoich doświadczeń właśnie przypadki cięższe, których wyleczenie samych przez się wydawało mu się niemożliwem, a takich przypadków zebrał dwanaście. Sposób zadawania arsenu nie różnił się w niczém od przepisu B u c h n e r a, a mianowicie zadawał wodny roczczyn *acidum arsenicosum* 1,0:2000, a potém w kilku dniach powiększał dawkę do 10 mgr. dziennie, rozdzielonych na 5 części, które kazał chorym zażywać w rosole, mleku lub wodzie. Co się tyczy zmian miejscowych, nie okazywał lek ten żadnego na nie wpływu. Główne objawy przedmiotowe, jak oddech oskrzelowy, rzężenia dźwięczne, równie jak objawy jam, pozostawały niezmienione. W dwóch przypadkach nastąpiło niewątpliwie względne wyjawnienie stłumienia. Kaszel zmniejszał się u niektórych chorych już po krótkiem zażywaniu arsenu, u innych nie można było spostrzedz żadnego wpływu, w innych wreszcie przypadkach działał lek ten drażniąco. Również wpływ na jakość i ilość plwocin był bardzo rozmaity i niestały.

Co do objawów ogólnych zauważył autor, że chorzy w krótkim czasie czuli podmiotowe znaczne polepszenie, nawet w tych przypadkach, w których przedmiotowo zaledwie można było stwierdzić jakąś zmianę, a mianowicie najmniéj stosunkowo uwydatniało się to polepszenie w zmniejszaniu się gorączki, jakkolwiek bowiem arsen nie jest lekiem przeciwgorączkowym w zwykłém znaczeniu tego słowa, obniża on ciepłotę tylko w tych przypadkach, w których stan ogólny się poprawia i to powoli i nieznacznie.—Poty znikały po użyciu arsenu nie tak łatwo i nagle jak po atropinie, lecz ku końcowi pierwszego tygodnia leczenia prawie stale potów nie było. Natomiast największy wpływ arsenu zauważył K. na apetyt, który się znacznie wzmagał nawet u chorych, którzy mieli przedtem wstręt do jedzenia. Język przytem był czysty; w kilku przypadkach wystąpiły bóle, które ustępowały po usunięciu arsenu na pewien czas i zadawaniu makowca, w innych znowu występowały przypady żołądkowe, które w znacznéj części odnieść należy do przepełnienia żołądka z powodu niezwykłego apetytu. Przypady te usuwał K. bardzo prędko, jeżeli zaprzestał na krótki czas zadawać arsen, a natomiast zadawał choremu kwas chlorowodowy. Lecz większy dowóz żywności nie daje jeszcze pojęcia o poprawie odżywienia; to bowiem można tylko kontrolować za pomocą wagi. Autor ważył swoich chorych co tydzień i przekonał się, że ciężar ciała zwiększał się znacznie zwłaszcza w początku leczenia, u niektórych nawet o 2—3 kilogramy a tylko u dwóch

chorych, którzy wkrótce umarli, nie zauważył nigdy zwiększenia się ciężaru ciała; zasługuje jednak na uwzględnienie okoliczność, że w jednym z tych przypadków było powikłanie z inną chorobą, drugi odznaczał się bardzo ciężkiém zakażeniem, co już wnosić można z bardzo wielkiéj ilości prątków w plwocinach. Prócz tych dwóch nastąpiło jeszcze w dwóch innych przypadkach zejście śmiertelne. Tu jednak pomimo korzystnego wpływu arsenu na odżywienie ciała, było u jednego chorego powikłanie z ciężką chorobą mózgu, drugi chory sam usunął się od dalszego leczenia.

Z tego wynika że arsen działa właśnie w myśl nowoczesnego leczenia suchot płucnych, które ma za zadanie podtrzymywać odżywienie chorego, a ponieważ leczenie arsenem jest tańszém aniżeli jakiekolwiek higijeniczne leczenie, przeto dopóki nie znajdziemy środka niszczącego prątki bezpośrednio, zasługuje na to, aby go wprowadzić w użycie. (*Berl. klin. Wochenschr.* Nr. 31, 1883). *Dr. Otto.*

Docent A. Hoffer (w Gracu): **O działaniu chlorku kairynu.**

W Nrze 7 Przeglądu Lekarskiego z r. b. zdano sprawę z badań Filehnego nad działaniem tego nowego środka. Hoffer miał sposobność przekonać się o jego działaniu na wielu chorych w klinice lekarskiéj w Gradcu, zużył w tym celu 450grm. przetworu i doszedł do wyników po części tylko zgodnych z rezultatami innych autorów. Przytacza on cały szereg historyi chorób, na podstawie których dochodzi do wniosku, że działanie kairynu nie zawsze bywa takiém jak to inni autorowie podali. Nie we wszystkich przypadkach rozwinął kairyn działanie przeciwgorączkowe, w ciągu téj saméj sprawy chorobowéj okazywał się raz skutecznym, gdy innym razem zupełnie zawodził. W jednym np. przypadku zimnicy podał H. 1grm. kairynu a w godzinę potém $^1/_2$grm., napad typowy opóźnił się o kilka godzin, ale wystąpił za to z znaczniejszém natężeniem, gdy w innym przypadku tego schorzenia okazało się skutecznėm $^1/_2$grm. podawane co 2 godziny. Chociażby nawet środek ten częściéj podawany mógł być również skutecznym jak chinin, to ze względu na cenę bardzo dotąd wysoką, nie możnaby mu rokować świetnéj przyszłości. Takie niejednostajne działanie kairynu zauważył autor w przypadkach zapalenia płuc, chociaż podawał równe dawki, nie spostrzegł téż w téj chorobie owego błogiego stanu jako następstwa kairynu, o czém twierdził Filehne, przeciwnie bowiem występowały u chorych dreszcze, palenie w nosie i ból głowy, dokuczając chorym tym więcéj. Działanie kairynu jest zazwyczaj przemijące, a organizm przyzwyczaja się nader łatwo do tego środka. Ciepłotę wygórowaną obniża on niewątpliwie nawet czasem do prawidłowéj, ale mimo że się go nadal podaje wznosi się ciepłota wbrew twierdzeniu Filehnego, a już po podaniu jednorazowo 1 grama zauważył H. sinicę na twarzy chorego, nie przekonał się jednak nigdy, aby środek ten wywoływał wymioty żółciowe jak to Seifert utrzymywał. W przypadkach gruźlicy uważa H. kairyn za szkodliwy, działanie jego w téj chorobie nazywa wręcz problematyczném, a zgodnie z Draschem wysławia jego działanie w przebiegu duru, w którym nietylko ciepłotę stale obniża, ale łagodzi również cały przebieg choroby. Co do dawki podziela zdanie Filehnego, że z tym środkiem należy się stosować do indywidualności chorych i unikać większych dawek u chorych bardzo osłabionych. (*Wiener med. Wochenschrift*, Nr. 30 i 31, 1883). *Dr. Schaitter.*

IV. Zapiski z wystawy higijenicznéj w Berlinie.

Podług sprawozdań w „*Berl. klin. Wochenschrift*" i „*Deutshe medic. Wochenschrift.*"

Podał K. M.

I.

O pożytku wystaw w ogólności, w szczególności zaś wystaw lekarskich i higijenicznych dziś rozwodzić się jest rzeczą zbyteczną. Dają one jasny pogląd, nawet dla osób niefachowych, na rozwój umiejętności, sztuk, przemysłu; wykazują, do jakiego stopnia doskonałości doszło zastósowanie teoryi i nauki, wywolują ruch, budzą życie, szerzą nowe poglądy i myśli,—a co ważne, pozwalają rozejrzeć się w całokształtcie nauki czy sztuki, a przeto przyczyniają się do uogólnienia wiedzy.

Cóż dopiero gdy weźmiemy na uwagę wystawy lekarskie i higijeniczne! Któż nie wie, w jak ścisłym związku pozostaje z jednéj strony higijena, w obecnym swym rozwoju, z wszelkiego rodzaju przemysłem, rzemiosłami, techniką,— z drugiéj zaś strony, jak mnogie punkta styczne łączą, a przynajmniéj łączyć powinny, — tę umiejętność z życiem rodzinném, gminném i społeczném. To téż nie od rzeczy zapewne będzie, że w krótkiém o ile możności streszczeniu podamy ważniejsze wiadomości z wystawy higijenicznéj, którą d. 12 maja rb. uroczyście otwarto w Berlinie.

W całéj wystawie odróżnić można trzy kategoryje przedmiotów, rozmieszczonych w 34 grupach.

Pierwsza kategoryja reprezentuje higijenę w bezpośrednim jéj stosunku do pielęgnowania ciała. Należą tu przedmioty odnoszące się do odżywiania (grupa 2), wychowania (3, 4, 4), pielęgnowania skóry (7), pielęgnowania rannych i w ogóle chorych (16, 17), krótko mówiąc higijena w ściślejszém słowa znaczeniu, a właściwie w dotychczasowém jéj pojmowaniu.

W drugiéj kategoryi uwydatniono dział, zazwyczaj dotychczas dosyć zaniedbywany, mianowicie, higijenę w stosunku do techniki i rzemiosł; przedstawiono więc tutaj w osobnych grupach: mieszkanie (10), rozmaite sposoby zaopatrywania miast w wodę i osuszanie tychże (21, 22), daléj: oświetlanie, opalanie i wentylacyję (23, 24).

Trzecia kategoryja w luźnym na pozór związku pozostaje z higijeną. Spotykamy się tu z przedmiotami, odnoszącemi się do ogólnych stosunków robotników przemysłowych i wiejskich (25, 27), górników (26), służby kolejowéj, pogrzebowéj (28, 18) itp. Dział ten jednak właśnie dlatego jest ważny, a przynajmniéj nie mniéj ważny od poprzednich, ponieważ wskazuje, do jakiego stopnia higijena wkracza we wszelkie stosunki publiczne i jak wielce od należytego wprowadzenia w życie jéj przepisów zależne jest zdrowie i prawidłowy rozwój nie tylko rodzin, ale i miast, gmin i wszelkich jednostek społecznych, ostatecznie zatém i państwa. Niestety, na ten niezaprzeczony związek higijeny ze zdrowiem publiczném mało dotychczas zwracano uwagi; a przecież pewną jest rzeczą, że z plag trapiących ludzkość pod postacią „powietrza, głodu, ognia i wojny" przynajmniéj te dwie pierwsze, zależne niby to od „przypadku," nie inaczéj i nie rychléj usunąć się dadzą, dopóki przepisy nauki nie wszelkie bez wyjątku stosunki życia, czyli inaczéj dopóki ogólne przyczyny chorób nagminnych, zakaźnych i inne wpływy zabójcze nie zostaną przez zdrowe urządzenie gospodarstwa społecznego, jeżeli nie zupełnie stłumione, to przynajmniéj sprowadzone do minimum.

Nim przystąpimy do szczegółowego opisu grup i przedmiotów wystawionych, chcielibyśmy podać w ogólnym poglądzie, w jaki mianowicie sposób wystawę urządzono i jak rozmieszczono i uszykowano materyjał, zaiste ogromny i bogaty.

Cała wystawa zajmuje nie małą przestrzeń: 75 tysięcy metrów kwadr., którą na dwie nierówne części dzieli tor kolei miejskiéj. Właściwy gmach wystawy znajduje się w części północnéj na obszarze 11.500 metr. kwadr.; resztę terenu zajmują liczne pomniejsze budynki. Wspomnieliśmy, że cały materyjał składa się z 34 grup; grupy te wszakże nie są bynajmniéj rozmieszczone oddziałami, lecz tak, jak tego wymagała wygoda i względy praktyczne. Gdy zatém jedna część grupy mieści się w budynku głównym, inne rozrzucone są często w budynkach i pawilonach osobnych.

Grupa pierwsza przedstawia właściwą stronę naukową higijeny i techniki higijenicznéj. To co w innych występuje już jako praktyczne zastósowanie umiejętności, tu przedstawia się jako studyjum teoretyczne, poparte jednak badaniami i spostrzeżeniami. Materyjał téj grupy mieści się w głównym gmachu wystawy po stronie prawéj od frontu. Z budynków osobnych należy do téj grupy między innymi pawilon meteorologiczny. Tu można widzieć piękny bardzo model obswatoryjum meteorolog. Gazety Magdeburskiéj, a zarazem nabrać wyobrażenia o technicznéj stronie tego rodzaju obserwacyj. Znajduje się tu bogaty zbiór baro- i termometrografów, anemometrów, termometrów, higroskopów, aneroidbarometrów i w ogóle wszelkich przyrządów używanych w nowoczesnéj meteorologii. Pominąć nie można bardzo praktycznie obmyślonego deszczomierza mechanika Füssa, odznaczającego się przedewszystkiém tém od innych tego rodzaju przyrządów, że przyrząd notujący, połączony ze zbiornikiem na deszczówkę, za pomocą naczynia połączonego, nader wygodnie umieścić się daje w mieszkaniu co znacznie ułatwia badanie.

Do pierwszéj grupy należy domek, w którym państwowy urząd zdrowia urządził dwie nader cenne pracownie chemiczne, mianowicie pracownię do badania pokarmów i drugą do badania chorób zakaźnych i desinfekcyi. Ze stanowiska naukowego biorąc, są te pracownie prawdziwą perłą wystawy, jakkolwiek sposób ich umieszczenia pozostawia wiele do życzenia. Ogólny tylko w tém miejscu dając pogląd wspominamy, że na ścianach wystawiono tu niesłychanie ważne tablice statystyczne, w których za pomocą odmiennych barw uwidocznione są wykazy śmiertelności ogólnéj, częstość porodów; daléj, śmiertelność szczegółowa u dzieci: w pierwszym dniu życia, w pierwszych 3ch dniach życia, w pierwszym tygodniu, w pierwszych 2ch tygodniach, w pierwszym miesiącu, w pierwszych 6 miesiącach, nakoniec w 1 roku; wszystko to na podstawie przeciętnego obliczenia z lat trzech. W przedsionku, dzielącym domek ten na dwie połowy, porozwieszano tablice wykazujące również graficznie śmiertelność w chorobach zakaźnych (w suchotach płucnych, błonicy, durze, płonicy odrze i krztuścu), mianowicie odnośnie do 70 większych miast niemieckich, oraz kilka zagranicznych, a to w latach od r. 1877—1881. Nie pominięto tu także i własności gruntu, chociaż w niektórych miastach umyślne dopiero w tym celu musiano zarządzić wiercenia i badania. Podano także średnią ciepłotę i średnie ciśnienie powietrza w każdéj miejscowości. Jak cennym i ważnym dla nauki jest podobny materyjał statystyczny, wykazywać zdaje się rzecz zbyteczna. Powrócimy jeszcze w części szczegółowéj do tych pracowni.

Grupa druga mieści się także w zabudowaniu główném, tuż w bezpośredniém sąsiedztwie grupy pierwszéj i obejmuje pokarmy. W osobnym budynku natomiast umieszczono kuchnię ludową, kompletnie funkcyjonującą, a więc zaopatrzoną w cały rynsztunek kuchenny. Jest tu także piękny dom towarzystwa „*carne pura*“ ze szkołą kucharską, oraz cała grupa pawilonów z kakao, herbatą, nabiałem i wodą selterską.

Grupy: trzecia, czwarta, piąta i szósta odnoszą się do pielęgnowania, wychowania i kształcenia dzieci. W zabudowaniu głównem pomieszczono z téj grupy całą kolekcyję ławek, używanych w szkołach. Z zabudowań osobnych wymienić należy wzorowy (normalny) budynek szkolny Dra Bagińskiego z całem urządzeniem, nie pozostawiającem chyba nic do życzenia nad to, że jest nieco za zbytkowne! Drzwi (podwoje) w klasie są tak urządzone, że z łatwością otwierają się na wewnątrz i zewnątrz, co ze względu na niebezpieczeństwo pożaru jest ulepszeniem ważném. I do téj grupy jeszcze powrócimy.

W grupach 8, 9 i 12, pomieszczono zakłady dla ubogich, lecznice, zakłady karne i poprawcze. Szczególnie ze znakomitemi modelami wystąpiły tu ministeryja, a świadczą one chlubnie o postępie, jakiego na tém polu dokonano w bieżącém stuleciu. W grupie 10 i 11 są wzory, rysunki i modele domów prywatnych i budynków publicznych. Jest tu także osobny budynek z wszelkiego rodzaju wzorowemi urządzeniami.

Grupy 13 i 17 reprezentują higijenę ogólną, choroby pospólne, pomoc doraźną w przypadkach nagłych, pielęgnowanie chorych, służbę lekarską, wojskową lądową i morską i wszelkie środki narzędzia i urządzenia z temiż działami w związku będące. Grupy te, czego nie trudno się domyśleć, nastręczają nie małą sposobność do studyjów.

W grupie 18tej mieści się służba pogrzebowa w 19 weterynaryja. Szczególniéj uwagi godnym jest pawilon do palenia zwłok, zbudowany bardzo gustownie, w stylu poważnéj kaplicy. Użyto tutaj pieca konstrukcyi Siemensa, takiego samego jaki jest w użyciu w Gotha od r. 1878. Palenie zwłok—oczywiście zwierzęcych—przedsiębraném bywa kilka razy na tydzień, a odbywa się jedynie działaniem gorącego powietrza. Trudno doprawdy uwierzyć, jak gwałtowne jest to działanie, dość jednak powiedzieć, że z trumny cynkowéj po czterech minutach nie pozostaje ani śladu! Utlenianie jest tak żywe, że gazy cuchnące wcale się nie wytwarzają, o niemiléj więc woni w pobliżu pawilonu nie ma mowy.

W grupach 20—24 przedstawiono higijenę w zastósowaniu do robót publicznych, jakoto: budowy ulic i dzielnic, zaopatrywania w wodę miast i osuszania tychże, niemniéj opalania oświetlania i przewietrzania. Przyrządy do opalania i wentylacyi mieszczą się w samym środku budynku głównego wystawy. Natomiast wzory i próby kanalizacyi umieszczono po za budynkiem nad stawem. Szczególniéj uwagi godny jest filtr pomysłu Gersona z Hamburga. Woda przechodzi tutaj, parta siłą maszyny parowéj, do zbiornika umieszczonego w pewnéj wysokości, zkąd spływa naczyniami połączonemi, w których umieszczone są gąbki nasycone garbnikanem żelazowym. Jest to filtr przygotowawczy, którego rury żelazne mają po 1·50 m. wy-

sokości a 12 cm. średnicy. Ztąd podnosi się znów woda rurami o połowę krótszemi do drugiego zbiornika, z którego spływa dopiero do właściwego filtru, wielkiego kotła żelaznego, napełnionego od góry piaskiem i żwirem, od spodu garbnikanem żelazowym i dużymi kawałkami pomeksu.

W grupach 25—28 mieszczą się najrozmaitsze urządzenia, odnoszące się do bezpieczeństwa w fabrykach, na okrętach, w żupach i kopalniach, w służbie kolejowéj, ziemiańskiéj i przemysłowéj.

Grupa 30—33 przedstawiają służbę pożarną i należycie zorganizowaną pomoc w razie wylewu wód, wybuchów, pożaru itp. klęsk publicznych.

Wspomnieć téż należy, że nadeszły na wystawę od autorów, nakładców, stowarzyszeń, władz i osób prywatnych rozmaite cenne dzieła, które w dosyć poważnéj cyfrze 3.000 numerów reprezentują najnowszą literaturę poszczególnych działów wystawy. Nie zapomniano także i o sporządzeniu dokładnego katalogu téj podręcznéj biblijoteki dla użytku zwiedzających.

Na tém kończymy ogólny przegląd wystawy berlińskiéj, a przystępujemy do szczegółów. (C. d. n.)

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Od Dra K. Reissa lekarza miejskiego i sądowego w Dukli otrzymaliśmy obszerny list, który dla braku miejsca zmuszeni jesteśmy podać tylko w streszczeniu:

W Nrze 30 Przeglądu Lek. zamieszczoną była kopija raportu Inspektora szpit. gal. do Wydziału krajowego o stanie zakładu p. Kubickiego dla regeneracyi krowianki. W przypisku tego dokumentu dodał Pan Inspektor, że w ostatnim czasie było kilka skarg, że krowianka przysłana z zakładu p. Kubickiego nie przyjęła się; nie mogąc sobie wytłumaczyć téj okoliczności, przypuszcza jednak p. Inspektor, że przyczyna musi polegać na niewłaściwém przechowywaniu rozesłanéj krowianki.

Owóż Dr. Reiss sądzi, że powodem nieprzyjęcia się w wielu miejscach krowianki z zakładu p. Kubickiego jest rozsełanie jéj nie w fiolach, jak to bywało, kiedy krowianki dostarczał Dr. Lech, lecz na kostkach; że w porze letniéj krowianka zbierana na kostki jest nader nietrwałą, w onczas kiedy w fiolach po roku bywa jeszcze dobrą. Dr. Reiss przychodzi w końcu do naturalnego wniosku, że w celu zapobieżenia skargom na nieprzyjmowanie się krowianki, należałoby ażeby p. Kubicki rozsyłał ją nie na kostkach lecz w fiolach.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 6—11 sierpnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców w Krakowie 24,8. Z odry umarło 0 (2 z. t.); z błonicy 1 (1 z. t.); z czerwonki 2 (2 z. t.); z zimnicy 0 (1 z. t.). W Londynie umarło z ospy 1 od 29 lipca do 4 sierpnia, leczyło się w szpitalach 53, świeżo zapadło 8. W Birminghamie, Murcyi, Granadzie i Lisbonie umarło 1, w Petersburgu, Warszawie i Filadelfii po 3, w Roterdamie i Paryżu po 8, w Maladze 9, w Pradze 15, w Nowym Orleanie 17, w Madrasie 24. Z duru osutkowego umarło w Amsterdamie, Londynie i Granadzie po 1, w Warszawie i Saragosie po 2, w Walencyi 3, w Petersburgu, Maladze i Murcyi po 4. Z choleryny umarło w Walencyi 1, Baltimore 2, w San Francisco 3, w Kalkucie 50, w Bombaju 14, w Aleksandryi 1. W Warszawie doniesiono od 21—28 lipca o 463 przypadkach chorób zakaźnych, o 51 przypadkach duru brzusznego, 21 duru osutkowego, 82 duru powrotnego, 16 odry, 6 płonicy, 24 błonicy, 207 czerwonki, 8 róży, 16 błonicy.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 29 lipca do 4 sierpnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 22,6; w Warszawie 49,6; w Poznaniu 24,4; w Wiedniu 26,2; w Budapeszcie 36,4; w Pradze 31,2; w Tryjeście 31,2; w Berlinie 32,8; w Wrocławiu 34,4; w Gdańsku 25,0; w Mnichowie 40,3; w Kolonii 26,2; w Dreźnie 27,0; w Lipsku 24,7; w Bazylei 30,5; w Brukseli 26,4; w Amsterdamie 26,4; w Hadze 25,6; w Paryżu 22,1; w Londynie 19,3; w Kopenhadze 22,8; w Stokholmie 25,2; w Chrystyjanii 21,3; w Petersburgu 28,0; w Odesie 56,4: w Rzymie 26,6; w Wenecyi 27,1; w Bukareszcie 32,0; w Lizbonie 27,1; w Aleksandryi 33,8; w Nowym Xorku 47,8; w Filadelfii 34,6; w Bombayu 26,6; w Madrasie 31,3. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** 23 sierpnia. Reskryptem p. Ministra Oświaty z d. 16 b. m. l. 15153, Dr. Walery Jaworski potwierdzony został jako docent prywatny chorób przewodu pokarmowego w Uniwersytecie Jagiellońskim.

* W Nrze 31 Przeglądu Lek. przytoczyliśmy wynik rozbioru materyjalów spożywczych, dokonanego przez Girarda w Paryżu. Słusznyby mógł spaść na nas zarzut, że rozbiór ten nie ma dla nas bezpośredniego znaczenia gdyż sprowadzamy z Paryża mało spożywek. Obecnie mamy pod ręką relacyję Dra Dunina-Wąsowicza, przedłożoną magistratowi lwowskiemu, z któréj dowiadujemy się, że dokonał on w r. 1882 chemicznego rozbioru 1.109 próbek materyjałów spożywczych i otrzymał następujące wyniki: z 79 próbek wina białego 8 było samorodnych, reszta mięszaniną win najgorszych gatunków, 1 zawierała domieszki szkodliwe zdrowiu. Na 102 próbek wina czerwonego 2 były dobre, reszta mięszaniną win poślednich, zafarbowanych czernicami, morwą, w 2ch przypadkach fuksynem. Wszystkie 39 próbek wódki zawierały fuzel, w 7 było 5% fuzlu; 34 próbek rumu były sztuczne, fuzlowe, 3 zaprawione octem drzewnym. 12 próbek piwa okazały się złe, jednak bez domieszek przetworów szkodliwych. Śmietanka okazała się niezbieraném mlekiem; na 19 próbek 8 zawierało domieszkę mąki, 2 białka. Na 179 próbek mleka 8 tylko niezłych, reszta rozwodnione, czasami z domieszką sody, boraksu lub potażu. Z 27 próbek masła 25 zjełczałych, do 2ch dodano ziemniaków. Serów było 13 próbek, z tych 5 zgniłych. Wszystkie próbki kawy były złe; próbki octu również były złe, a 1 na 12 zawierała domieszkę kwasu siarkowego. Na 32 próbek mąki 9 było stęchłych, a na 7 pieczywa jedna zupełnie sfałszowana. Na 39 prób cukrów 7 było zabarwionych aniliną.

Z przytoczonéj relacyi Dra Dunina-Wąsowicza przekonywamy się, że krajowe materyjały spożywcze prawie nie są u nas fabrykowane; natomiast ze smutkiem dowiadujemy się, że są one złe i zepsute: ser zgniły, mleko rozlane wodą, masło zjełczałe, mąka stęchła itd. Usuwamy zgniliznę z ulic, podworców, mieszkań; chwalebne te zabiegi należy poprzedzić usunięciem zgnilizny z naszego stołu. Spożywcy winni być osłonięci prawną opieką przed niesumiennością trujących i wyzyskujących dostawców.

* Dr. Norris usiłował udowodnić, że we krwi, obok znanych ciałek czerwonych i białych, istnieje trzeci ich rodzaj. Dr. Hart krytykuje ten wynalazek, jakotéż i doświadczenia naukowe Dra Norris; utrzymuje on, że odczynniki użyte przez tego badacza (wyskok czysty, kwas osmowy, chlorek sodu) działają niszcząco na czerwone ciałka krwi, które zamieniają się w ciałka bezbarwne, uznane przez Dra Norris za osobny rodzaj ciałek krwi. (*Le Progrès médical* Nr. 31).

* *Sibirskaja Gazeta* (z 3 lipca) donosi, że w Zachodniéj Syberyi na 3,145.373 mieszkańców jest 47 szpitali, mieszczących tylko 1734 łóżek; lecz z téj liczby należy odliczyć 31 szpitali, mieszczących 1261 łóżek, przeznaczonych wyłącznie dla wojska i więźniów. W Tobolskiéj gubernii przypada 1 lekarz na 60.000 mieszkańców.

* Rada zdrowotna m. Kijowa uchwaliła, w razie wybuchu cholery w tém mieście, odkryć kilka szpitali czasowych, z następującym personalem: 1 lekarz kierujący, lekarze pomocniczy po 1 na 20 łóżek, zakonnice po 1 na 10 łóżek. Lekarze dostaną po 5 rsr. dziennie. Przy aptekach zaprowadzone będą dężury lekarskie, którym miasto da całkowite utrzymanie i 3 rsr. dziennie. (*Zaria*, 17 lipca).

* *Kijewlanin* (17 lipca) donosi, że aptekarze kijowscy oświadczyli Radzie zdrowotnéj, że w razie wybuchu cholery w Kijowie, dadzą bezpłatnie mieszkanie i stół lekarzom dężurnym, i wydawać będą lekarstwa z 25% rabatem.

* Dr. Graeme badał sprawę najlepszego sposobu wieszania: doszedł on do przekonania, że należy mocnym stryczkiem przewiązać szyję poniżéj krtani i ciągnąć szybko skazanego do góry; w tych warunkach śmierć ma nastąpić bez bólu. Dr.

H a m m o n d próbował pod okiem dwóch kolegów wieszać samego siebie: z początku poczuł ogólne palenie i mrowienie od dołu do góry, wzrok pokryła mgła, w uszach powstał szum, świadomość utrzymywała się, lecz po 80 sekundach nic już nie czuł. (*L'Union med.*, 12 lipca).

* Według nadesłanych nam wykazów do d. 14 sierpnia bawiło gości kąpielowych w S z c z a w n i c y 2487, w C i e p l i c a c h 8142, w G i e s s h ü b l u 249.

* Č a s o p i s l é k a ř ů v č. (Nr. 33) donosi, że prof. T o m s a z Kijowa mianowany został profesorem czeskiego Wydziału lekarskiego w Pradze.

* W Cambridge wkrótce otwartą będzie katedra ogólnéj patologii; profesor wykładający ten przedmiot zrzeknie się wszelkiéj praktyki, natomiast dodaném mu będzie kierownictwo oddziału klinicznego, w celu nadania jego poszukiwaniom więcéj praktycznéj wartości. (*The Lancet*, 14 lipca).

* Pod wpływem zarzutu, jakim cała Europa obciążą Anglików, że sprowadzili cholerę do Egiptu, lekarze angielscy burzą wszystkie obecne poglądy na sprawę powstawania i szerzenia się cholery z widoczną tendencyją zrzucenia z siebie winy. Dr. C u n i n g h a m naczelnik władzy sanitarnéj w Indyjach angielskich odczytał rozprawę w *Epidemiological Society* zatytułowaną: C h o r o b y z a k a ź n e w I n d y j a c h; autor utrzymuje, że pojęcia nasze, jakoby cholera była chorobotwórczym produktem delty Gangesu, są sprzeczne z tém, co poucza obserwacyja na miejscu; że błędem jest, jakoby człowiek przenosił zarazę z miejsca na miejsce; a jako dowód ma służyć fakt, że jeśli w karawanie wybucha cholera, to zapada na nią nie więcéj osób jak w każdém inném miejscu; również jeśli jaki kraj nawiedzi ta zaraza, to znaczna ilość miast pozostaje wolnych od niéj, co byłoby niemożebném, gdyby człowiek roznosił cholerę, gdyż stosunki między miastami nie ustają. Jako proste następstwo tych pojęć angielskich jest zbyteczność kwarantany. Przekonanie Dra Cuninghama jest w stanie wywołać wątpliwości, przekonać nikogo nie zdoła. Dla czegóż autor nie powiedział swego zdania, jak on rozumie sprawę szerzenia się cholery? W tym duchu zamieszcza artykuł *The Lancet*. (*Le Progrès médical*, Nr. 31).

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 33: I. R u p p e r t a: Dwa przypadki przemieszczenia trzew wrodzonego, oraz teoryje powstawania tego zboczenia. — II. K r a m s z t y k a: Z panoramy własnego oka. (Dok.) III. N e n c k i e g o i R a k o w s k i e g o: Rozbiór chemiczny wyciągu słodowego z browaru we wsi Winiary pod Kaliszem. — W *Medycynie* Nr. 32: D o b r z y c k i e g o: Spostrzeżenia nad działaniem kairynu (c. d.).

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. U. w Lublinie. Otrzymaliśmy; załatwimy po wakacyjach. „Przegląd" od 1go września zaczniemy wysyłać.

W zastępstwie redaktora: **Dr. A. Kwaśnicki.**

KONKURS.

Celem obsadzenia posady lekarza miejskiego w Otyni, miasteczku położoném w powiecie Tłumackim przy stacyi kolei Lwowsko-czerniowieckiéj rozpisuje się konkurs z terminem do ostatniego Sierpnia 1883 r.

Lekarz ma być Drem medycyny, gmina wyznacza rocznéj pensyi 200 złr. w. a.

Nadmienia się, że raz na miesiąc odbywa się tutaj znaczny jarmark na bydło, w miejscu jest fabryka machin rolniczych a lekarz jest obecnie tylko jeden—i to patron chirurgii.

Ubiegający się o tę posadę zechcą wnieść swe podania do tutejszéj Zwierzchności gminnéj z przytoczeniem gdzie i przez jaki przeciąg czasu jako lekarze praktykowali.

Zwierzchność gminna miasta Otyni.

(Podpis nieczytelny).

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 1 września 1883. № 35. Rok XXII.

I. Wykład habilitacyjny Dra W. Jaworskiego. O powstawaniu i rozpoznawaniu rozstrzeni żołądka.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 33).

Objawy kliniczne, jakie rozstrzeń żołądka w swoim przebiegu przedstawia, nie występują nigdy w sposób cechujący w samym początku, lecz dopiero późniéj i to bardzo powolnie. Początkowe objawy odnoszą się wyłącznie tylko do chorób żołądka, pociągających za sobą rozstrzeń, i są więcéj przyrody ogólnéj, tak zwane „gastryczne“, występujące w rozmaitych rodzajach dyspepsyi. Potém dopiero pojawiają się wybitniejsze zmiany w czynnościach żołądka, cechujące najczęściéj nieżyt żołądka lub niekiedy tak zwaną „dyspepsyję nerwową“. W tym okresie może już istnieć rozstrzeń żołądka, nie przedstawiająca wprawdzie jeszcze przypadków podmiotowych, lecz przy ścisłém badaniu fizycznem, dająca się stwierdzić przedmiotowo, który to okres Leube słusznie nazywa *Dilatatio ventriculi latens*. W innych zaś przypadkach manifestuje się okres poprzedzający rozstrzeń żołądka według Rosenbacha jako *insufficientia ventriculi*, a to ma miejsce, według spostrzeżeń autora wtedy, 1) jeżeli po użyciu większych ilości pokarmów stałych występują objawy gastryczne, 2) jeżeli po zadaniu pewnego pokarmu, np. jagód suszonych, można je jeszcze po 7 godzinach wyciągnąć żołądka za pomocą pompy, 3) jeżeli po piciu lub jedzeniu we dwie lub trzy godziny nie znika chlupanie żołądkowe, 4) jeżeli wreszcie przez wlewanie wody do żołądka granica jego dolna znacznie obniżoną być może, o czém była mowa przy metodzie badania sposobem Rosenbacha. W dalszym ciągu po powyższych objawach mogą się pojawić już to objawy wskazujące na główną przyczynę choroby, jak np. nowotwór, wrzód, lub też przypady zwracające uwagę przeważnie na rozstrzeń żołądka, lub też jedne i drugie występują równocześnie. Ztąd więc nie w każdym przypadku przedstawiają się objawy kliniczne i przebieg rozstrzeni żołądka w jeden i ten sam typowy sposób. Obraz chorobowy zależy bowiem przeważnie od głównéj przyczyny, sposobu żywienia się i zabiegów terapeutycznych.

Przy manifestującéj się już rozstrzeni uczuwa chory najczęściéj w okolicy żołądka gniecenie, ciążenie, nawet ból tępy zmiennego natężenia, rozprężanie jamy brzusznéj, w czém chory stara sobie ulżyć przez zwolnienie sukien; ucisk z jamy brzusznéj przenosi się na klatkę piersiową, w skutek czego powstają objawy bezdechu i bicia serca, gdyż przepona, serce i wątroba, jak to zauważył Oppolzer, zostają przez rozdęty żołądek w górę wypchnięte, przez co według obserwacyi Dujardin-Beaumetza występuje niekiedy po każdym tonie sercowym podźwięk metaliczny, pochodzący ztąd, że serce uderza o przeponę, wyprężoną przez wydęty żołądek. Uczuciu rozprężania żołądka towarzyszy w rozwiniętych przypadkach o d b i j a n i e woni nieprzyjemnéj, po którém następuje ulga. Powyższe przypady mają swój początek w nagromadzeniu się większéj ilości pokarmów w żołądku, które ani należycie przetrawione, ani wessane, ulegają fermentacyjom mlekowéj i masłowéj i dają powód do wytworzenia się gazów, których rozbiór chemiczny wykazuje oprócz połkniętych składników powietrza atmosferycznego tlenu i azotu, jeszcze wód, bezwodnik węglowy, gaz bagienny, czasem kw. siarkowodowy, a w jednym przypadku obserwowano etylen. Odbijanie gazami może dojść do tak zwanego pelotonowego, przyczém chory odbija w krótkich ustępach nieustannie gazy palne, które np. przy zapalaniu cygara mogą się zająć. Ciągłe odbijanie gazami jest cechującém dla stanu chorobowego, zwanego przez autorów francuskich *„dyspepsia flatulenta“*.

Już w początkach choroby język bywa zwykle obłożony. Chory czuje w ustach s m a k z m i e n i o n y, najczęściéj podczas odbijania kwaśny, przyczém występuje uczucie gryzącego palenia *(pyrosis)*, wzdłuż górnéj części przełyku; czasem bywa smak mdły. Ł a k n i e n i e staje się z czasem bardzo upośledzone i przychodzi niekiedy do obmierzienia

pokarmów, lub istnieje łaknienie tylko do pewnych potraw, najczęściej najniestrawniejszych. Zdarzają się jednak przypadki, w których w rozstrzeni żołądka łaknienie chorobowo jest zwiększone, tak że chorzy spożywają ogromne ilości pokarmów, przez co przypady ze strony żołądka zwiększają się, dopóki występujące wymioty nieprzyniosą ulgi.

Wymioty są stałym objawem rozstrzeni żołądka. Z początku występują one częściéj, kiedy jeszcze istnieje kurczliwość ścian żołądka i to zwykle we trzy godziny po jedzeniu; w dalszych zaś okresach coraz rzadziéj, w miarę jak błona mięsna przechodzi w niedowład. Natomiast ilość wymiocin staje się coraz znaczniejszą i dochodzi do 4—5 litrów. Wymiociny mają zwykle woń kwaśnych cieczy fermentujących lub zjełczałego tłuszczu, a w późniejszych okresach prawie gnilną, czasem nawet przypominającą jaja zgniłe; stanowią one ciecz żółtawo zielonkowatą lub cisawą, w któréj na dole znajdują się pokarmy niestrawione, czasem jeszcze przed 14 dniami spożyte, na górze zaś pływa warstwa brudna, zawierająca grzybki (*Sarcina, oïdium, leptotrix)*, lub komórki drożdżowe, co według Naunyna jest charakterystyką mechanicznego niedowładu ścian żołądka. W wymiocinach tych da się tylko wyjątkowo wykazać wolny kw. solny. W przypadkach wrzodu lub raka żołądka mogą zawierać wymiociny jeszcze charakterystyczne składniki krwi, które również w późniejszych okresach rozstrzeni żołądka, w skutek pękania naczyń z powodu zwyrodnienia ścian, nawet w braku nowotworu lub wrzodu, mogą się znajdować, mianowicie jeżeli rozstrzeń żołądka poprzedzał nieżyt lub zmiany w żyle bramnéj. W późniejszych okresach, gdy chory jest zupełnie wyniszczony, z powodu słabego działania tłoczni brzusznéj, wymioty stają się coraz rzadsze i ustają ku końcowi życia zupełnie, która to okoliczność jest złą zapowiedzią w przebiegu rozstrzeni żołądka.

Stolec w rozstrzeni żołądka jest stale zaparty tak, że nieraz silne środki drastyczne wypróżnienia nie sprowadzają, a to z powodu, że bardzo mało z pokarmów dostaje się do jelit, które przeto są zwykle próżne, a brzuch zapadnięty, powtóre z powodu, że się znajdują w stanie nieżytu lub zupełnego niedowładu; gdyż w pierwszych już początkach choroby dostają się do jelit ciała rozkładowe nieprawidłowego trawienia żołądkowego, wywołujące nieżyt, nadto niedowładne ściany żołądka nie podniecają w drodze odruchów ruchu robaczkowego jelit.

Mocz bywa zwykle skąpy, zawsze niżéj 1000 c. sz., zawiera wiele moczanów, niekiedy fosforanów, staje się w wielu przypadkach po oziębieniu mętnym, i oddziaływa alkalicznie, jak to zauważał pierwszy Quincke. Przyczyny zmian w moczu, pomimo picia znacznéj ilości wody w celu ugaszenia ciągłego pragnienia, należy szukać w upośledzonem wsysaniu i zwiększonem wydzielaniu błony śluzowéj żołądka.

W sferze umysłowéj od samego początku pojawia się przygnębienie umysłowe, a w miarę postępu choroby wzrastający nastrój hypochondryczny; dochodzi on nieraz do tego stopnia, że powstaje *taedium vitae* i zamysły samobójcze.

W kilku przypadkach rozstrzeni zauważali Kussmaul, Schliepp, Neumann, a ostatecznie Audhui zaburzenia w układzie nerwowym. W ostatnich okresach choroby występują po wymiotach lub wypróżnieniach żołądka pompą, kurcze toniczne, a w czterech przypadkach Neumanna i kloniczne zginaczy przedramienia i przedudzia, niekiedy mięśni brzusznych i szyjnych. Napady te, którym towarzyszy zwykle nieprzytomność, mogą się kilka razy dziennie powtórzyć i każą źle rokować; w jednym przypadku, opisanym przez Kussmaula, trwały one przez dwa dni z małemi przerwami, poczém chory życie zakończył. Przyczyny objawów w sferze nerwowéj, w przebiegu rozstrzeni żołądka, według zapatrywań różnych autorów, są różne. Mogą one być przyrody odruchowéj, wywołane w skutek zmiany zakończeń nerwowych w zwyrodniałych ścianach żołądka, albo mogą powstawać w skutek wessania przetworów nieprawidłowego trawienia żołądkowego, co bardzo wielu autorów utrzymuje. Co się zaś dotyczy szczegółowego wyjaśnienia przypadków kurczowych, to na podstawie analogii wprowadza je Neumann w związek z *eclampsia parturientium*, przyjmując, że w obydwu przypadkach powstają one w skutek ściągania się ścian narządów nadmiarowo rozszerzonych, podczas gdy Kussmaul twierdzi, że objawy kurczowe powstają w skutek pozbawienia mięśni i istoty nerwowéj wody, przez upośledzenie wessania płynu w żołądku, a zwiększenie wydzielania błony śluzowéj.

Wejrzenie i odżywienie chorego w początkach rozstrzeni mogą być jeszcze dobre, pomimo, że rozszerzenie żołądka badaniem fizyczném da się już wykazać. Zdarza się bowiem nierzadko, że lekarz, obserwując znaczniejszą ilość chorych z cierpieniem żołądka, znajdzie między niemi takich, których wejrzenie wcale o upośledzoném trawieniu nie świadczy. Właśnie ma się tu do czynienia z chorymi, u których sprawa chorobowa ogranicza się tylko do żołądka, a nie przeszła jeszcze na jelita, mające, jak wiadomo, główny udział w czynności trawienia i wsysania pokarmów. Leven bowiem zwrócił uwagę, że dotąd zanadto ważną rolę przypisuje się trawieniu żołądkowemu, uważając żołądek jakoby główny narząd trawienia. A już Busch w r. 1858 mógł chorą kobietę z przetoką jelita cienkiego wyżywić przez wprowadzenie pokarmów do przetoki, a nie do żołądka. Obecnie zaś wykazał Ogata na psach z przetokami w odźwierniku, że można wykluczyć bardzo dobrze trawienie żołądkowe, wprowadzając pokarmy wprost do dwunastnicy; okazało się bowiem, że w jelicie cienkiém bywają one również strawione i wessane, i to w krótszym czasie, niż gdyby przeszły przez żołądek. W ten sposób postępując, mógł Ogata wyżywić psy mięsem przez 6 tygodni. Znaczny upadek odżywienia w przebiegu chorób żołądka wskazuje zatém, że już narząd chłonniczy całego przewodu pokarmowego nieprawidłowo funkcyjonuje.

W dalszym dopiero rozwoju rozstrzeni żołądka przychodzi do znacznego upośledzenia odżywienia. Ciężar ciała się zmniejsza, podściółka tłuszczowa niknie, skóra blada i sucha, oczy zapadłe, kości licowe wystające, wargi blade, brzuch w dolnéj części zwykle zapadły, w górnéj zaś po lewéj stronie nieco wypuklony, kontury krzywizny wielkiéj występują przez cienkie ściany brzuszne, niekiedy do spojenia łonowego sięgające, a w okolicy żołądka na wielkiéj przestrzeni, od czasu do czasu można spostrzedz ruchy faliste, biegnące od strony lewéj ku prawéj, a który to ruch robaczkowy żołądka trwa aż do ostatniego okresu choroby, pomimo że wymioty, w skutek ciągłego osłabienia, niewystępują, coby wskazywało, że zupełne porażenie czynności mechanicznéj ścian żołądka jeszcze nie nastąpiło. W niektórych przypadkach można na ścianach brzusznych spostrzedz wypukłość pod mostkiem lub w okolicy pępka, odpowiadającą zgrubiałemu lub przeobrażonemu odźwiernikowi.

Ostateczny wynik rozstrzeni żołądka pozostawionéj saméj sobie jest ogólny upadek sił i odżywienia, tak że chory w łóżku sam obrócić się nie może, leżąc w kłębek zwinięty, gdyż doznaje podmiotowo ciągłego uczucia zimna. Występuje ostatecznie ogólna opuchlina, a chory wyniszczony do tego stopnia, że i wymiotować przestaje, umiera, niekiedy z objawami wyżéj opisanych kurczów tonicznych.

(Dokończenie nastąpi).

II. Oceny i sprawozdania.

Dr. Heusner: **O resekcyi cewki moczowéj z powodu zwężeń.** (Według wykładu w Towarz. lekarsk. w Düsseldorfie).

Zwężenie i niedrożność cewki moczowéj należą do chorób najniebezpieczniejszych i trudno uleczonych. Występując nagle, sprowadzają mocznicę i sposoczenie tkanin w skutek nacieku moczowego; przewlekła zaś postać zagraża zapaleniem nerek, miedniczek nerkowych itd. Najczęstszym zabiegiem chirurgicznym w przypadkach zwężenia cewki moczowéj, bywa *urethrotomia* zewnętrzna. Postępowanie przy téj operacyi polega, jak wiadomo, na przecięciu podłużném miejsca zwężonego cewki, a następnie wprowadzeniu cewnika od końca jéj zewnętrznego aż do pęcherza. Cewnik pozostaje w niéj kilka dni, a rana gojąc się zarasta i tworzy nowy przewód w miejscu poprzedniego zwężenia. Świeża blizna zatrzymuje jednak skłonność kurczenia się i następowego zwężenia, a prawidłową drożność cewki możemy utrzymać w tym razie jedynie przez regularne i częste wprowadzanie cewnika lub świeczki. Autor poleca w miejsce wspomnianego zabiegu, resekcyję zwężonéj części cewki moczowéj, po którym to zabiegu operacyjnym nie spostrzegał zwężeń powtórnych, mimo zaniechania leczenia następowego. Z pomiędzy ciekawych tego rodzaju przypadków przytacza dwa, które dowodzą wyższości jego sposobu postępowania. W lipcu r. z. przyjął H. 61-letniego mężczyznę z objawami ropnia nerkowego po stronie lewéj. Po nacięciu tegoż w początku sierpnia wypłynęła znaczna ilość kałem cuchnącéj ropy. Z nerki ani ślad nie pozostał. Odtąd mocz zawierał coraz mniej ropy, a w kilka tygodni zupełnie się oczyścił. Wyniszczony chory odzyskał siły a ciężaru ciała znacznie przybyło. We wrześniu wypadło mu przypadkowo wprowadzić cewnik do cewki moczowéj, przyczém napotkał na tak znaczne zwężenie cewki, że najcieńszy nawet cewnik nie dał się przeprowadzić. Teraz dopiero zeznał chory, że przed 30 laty przebył rzeżączkę, która była przyczyną tak znacznego zwężenia, iż w ostatnich latach mocz ledwie kroplami ciągle się sączył. Zwężenie owo, jak badanie wykazało znajdowało się w części gębczastéj cewki tuż przed cebulką moczową. Ze względu na gojenie się ropnia nerkowego, przystąpił H. do operacyi zwężenia cewki dopiero 6go listopada z. roku. Po przecięciu przodkowéj strony worka mosznowego otworzył cewkę tuż przed miejscem zwężenia. Nie mogąc jednak przebyć zwężenia zgłębnikiem z téj strony, przeciął cewkę od tylnéj części zwężenia, ztąd wprowadził zgłębnik, po którym rozciął całe zwężenie długości 1cm. Ściana cewki na przestrzeni miejsca zwężonego była zbliznowaciałą ale nie zwapniałą. Było to tak zwane zwężenie zanikowe Dittela, cechujące się brakiem zdolności do rozszerzenia. W dalszym ciągu operacyi odstąpił autor od zwykłego postępowania, wyciął poprzecznie w miejscu zwężenia $1\frac{1}{2}$cm. zbliznowaciałéj części cewki i spoił jéj obydwa końce trzema szwami. Po założeniu szwu pierwszego w tylnéj ścianie przeprowadził srebrny cewnik od żołędzi do pęcherza a na nim dopiero dwa szwy następne. Szpara podłużna powstała po nacięciu ściany cewki pozostała otwartą. Zewnętrzną ranę worka mosznowego zeszył tylko o tyle, aby zapobiedz wypadnięciu jąder, całą zaś ranę leczył bez opatrunku. W pierwszych dniach odpływał mocz przez cewnik, a po wyjęciu tego w dniu 3cim częścią przez cewkę, częścią przez ranę w mosznach, w trzecim tygodniu zamknęła się rana o tyle, że mocz uchodził wyłącznie przez cewkę. Już od 6go dnia po operacyi nie wykazywały próby przedsiębrane cewnikiem Nr. 16 w nieregularnych odstępach co dni kilka najmniejszego zwężenia w miejscu operowaném, pomimo zrośnięcia się brzegów zeszytych, a w miesiąc późniéj nawet cewnik Nr. 20 skali windlerowskiéj dał się wprowadzić. Od tego czasu oddawanie moczu odbywa się u operowanego zupełnie prawidłowo, a do obecnéj chwili t. j. po 6 miesiącach po operacyi nie potrzebował się tenże uciekać do wprowadzenia cewnika. Niedostateczny skutek osiągnął H. operacyją zwykłą (bez resekcyi) u chorego z oderwaniem części błoniastéj cewki moczowéj, nietylko bowiem wyleczenie trwało dłużéj, ale nadto chory wprowadzać musi 2 razy tygodniowo cewnik Nr. 16, który już po ośmiodniodniowéj przerwie z trudnością tylko wprowadzić się daje. Zdaniem autora uciekali się już dawniejsi lekarze jakoto: Krimer, Dugas, Launelongue, Bourguet do wycinania większych modzeli zwężających cewkę. Dittel nie otwierając jéj wyskrobywał, a Roser wycinał poprzecznie. Nikt jednak po wycięciu nie zszywał. Metoda ta jednakże daje się zastosować tylko do pewnych rodzajów zwężeń, unikać jéj należy przy zbyt rozległych, długich i zwapniałych bliznach. Korzystnym warunkiem w przypadku opisanym było umiejscowienie zwężenia i wiek chorego. U osób młodych utrudniają częste wzwody prącia gojenie się zeszytych brzegów wyciętéj cewki, a zwężenia w części błoniastéj wpływają niekorzystnie na gojenie się brzegów w skutek jéj silnego przyczepienia przez powięź miednicową z jednéj strony, a obfitość krwi części cebulkowéj z drugiéj. Nie należy jednak uważać tego za trudność nieprzezwyciężoną, bo autorowi udało się na trupie po wycięciu ściany w cebulce na 3cm. długiéj, spoić część błoniastą z częścią gąbczastą cewki, a odpowiednie skrócenie członka, jakie ztąd wynikło, dla dobra całego organizmu nikogo zrażać nie powinno. Do silnego spojenia wystarczają 3—4 szwy; wzwód prącia rozerwać ich nie zdoła. Wreszcie pouczy doświadczenie, czy stosowniéj jest pozostawiać otworem, czy zeszyć ranę, lub takowego wcale nie wykonywać. Przedewszystkiém jednak należy szwy zabezpieczyć przed zetknięciem się z moczem, co można łatwo osiągnąć przez założenie odpowiedniego cewnika. Resekcyja zwężeń cewki moczowéj zasługuje o tyle na zastosowanie, że w razie gdy się nie uda, nie pogorsza się stan chorego; gdy się zaś udaje, jak w przypadku autora, osiąga się skutek, jakim, zdaniem Civiala, ani zewnętrzna ani wewnętrzna *urethrotomia* poszczycić się nie może. (*Deutsche med. Wochenschrift*, Nr. 28, 1883). *Dr. Fiałkowski.*

Prof. Dr. Łaszkiewicz: **Albuminuria nervosa.**

W miarę doskonalenia się metody dyjagnostyki chorób, wypełniają się kadry nozologiczne, bądź zupełnie do téj pory nieznanemi chorobami, bądź téż znanemi, lecz bez uzasadnienia włączonemi do wzoru innéj jednostki chorobowéj. Prof. Łaszkiewicz opisuje w *Wraczu* Nr. 30 przypadek

białkomoczu przyrody nerwowéj, który ze względu na nadzwyczajną swą rzadkość, zasługuje na streszczenie w „Przeglądzie.“

Mężczyzna 29-letni silnéj budowy przedstawił się z znacznie rozwiniętą opuchliną odnóg dolnych, w mniejszym stopniu tułowia. Powstanie opuchliny chory przedstawia w następujący sposób: Przed 8 miesiącami doświadczył on strętwienia prawéj ręki, które wkrótce zajęło całą prawą połowę ciała; potém rozpoczynając z prawéj ręki, wystąpiła opuchlina w prawéj połowie ciała; nieznacznie i stopniowo opuchlina rozszerzyła się i na lewą połowę ciała, w tym stopniu jak wyżéj podaliśmy. Od chwili zachorowania chory nie spostrzegł śladu potu, a szczególnie skóra prawéj połowy ciala wyróżniała się ciągłą suchością. Badanie wykazało stan trzew prawidłowy; osłuchując klatkę piersiową spostrzeżono, że odcisk stetoskopu po stronie prawéj pozostawia na długo ślad w postaci różowéj obrączki; po stronie lewéj obrączka ta znika w jednéj chwili. Stosowano w celu doświadczalnym papierki Rigolotta jadnakiéj wielkości, w miejscach symetrycznych obu połów klatki piersiowéj, które jednocześnie przykładano i jednocześnie odejmowano; czerwoność z téj przyczyny powstała była nader wybitna po stronie prawéj, gdzie i w dniu następnym jeszcze nie znikała, natomiast po stronie lewéj małe powstawało zaczerwienienie, którego zaledwo ślad pozostawał w dniu następnym. Ciepłota pod obojczykiem prawym wynosiła 34·7°C., pod lewym, w tém samém miejscu 35·4°C., wieczorem ciepłota po obu stronach podnosiła się o 0·5°C.; podano choremu w celu doświadczalnym napar jaborandy, po pierwszéj dawce pot nie wystąpił, po drugiéj spotniało czoło i twarz, na tułowiu pot nie wystąpił, natomiast ślinienie było znaczne. Ilość zwiększonego moczu wahała między 2500 a 3500 sz. c.; mocz zawierał białko w obfitéj ilości, drobnowid nie wykrył w osadzie morfologicznych pierwiastków.

Autor zastanawia się nad wszystkiemi możliwemi przyczynami opuchliny i względnie do swego chorego, wyklucza jéj przyczynę w chorobie serca i nerek; a uprzytomniwszy wszystkie objawy, spostrzegane u tego chorego, wnioskuje, że przyczyna tak opuchliny, jak i białkomoczu spoczywa w ośrodkach mózgowych. Fizyjologija daje podstawę do przypuszczenia białkomoczu przyrody nerwowéj: nakłuwając dno 4éj komórki powyżéj miejsca cukrzycowego nakłucia, Kl. Bernard sprowadził moczenie nader obfite, oraz białkomocz, zupełnie tak, jak się rzeczy mają u chorego będącego przedmiotem rozprawy prof. Łaszkiewicza. Wittich, Ludwig i Hermann wywołali białkomocz, przecinając naczynioruchowe nerwy nerek. Sam autor wywoływał białkomocz, przecinając rdzeń pacierzowy poniżéj 7go kręgu szyjowego. Znany z swéj tragicznéj śmierci gubernator Charkowa książe Krapotkin został raniony kulą rewolwerową, która uwięzła między 3 a 4 kręgiem piersiowym, miażdżąc rdzeń w tém miejscu; nazajutrz stwierdzono białkomocz. Zatém białkomocz wystąpić może jedynie ze zboczeń w układzie mózgowo-rdzeniowym; żałować z autorem wypada, że ten chory, zmuszony wracać na Kaukaz, nie mógł być dłużéj obserwowany. *Dr. A. Kwaśnicki.*

Müller: **Uczucie ściskania pasem jako zboczenie czucia wywołane skurczem naczynioruchowym.**

Autor wylicza najprzód choroby, w których się pojawia uczucie ściskania pasem i kreśli różne jego postacie. Jako stały prawie objaw występuje wspomniane uczucie w najrozliczniejszych swych odcieniach w wiądzie rdzenia pacierzowego. W téj chorobie doznają czasem chorzy uczucia jak gdyby byli ściśnięci pasem już to naokoło, już téż tylko po jednéj stronie ciała; ściskający pas przebiega rzekomo raz naokoło tułowia, raz naokoło odnóg dolnych, lub téż naokoło głowy i jest raz wąski jak powróz, to znów szeroki tak, że zajmuje np. cały tułów i utrudnia oddychanie. Często atoli ogranicza się owo uczucie ściskania na mniejszy lub większy nieregularny obszar po jednéj lub po obu stronach ciała, a wtedy zdaje się choremu, jak gdyby go coś gniotło już to na piersiach, już téż to pomiędzy łopatkami lub na odnogach. Takie w krótkich zarysach skreślone uczucia przydarzają się nietylko w wiądzie rdzenia pacierzowego, lecz także w innych schorzeniach białéj istoty rdzenia, podczas gdy w chorobach, mających swą siedzibę wyłącznie tylko w szaréj istocie rdzenia pacierzowego podobnych uczuć autor nigdy nie napotykał. Szczególnie wybitnie pojawia się wspomniane uczucie w przebiegu zapalenia opon rdzeniowych, daléj w schorzeniu korzeni nerwowych (czasem równocześnie z rwą międzyżebrową), a wreszcie w różnych formach zapalenia nerwów. Jako zboczenie czynnościowe pojawia się uczucie ściskania pasem przedewszystkiém w macinnictwie, którego schorzenia przytacza autor kilka ciekawych przypadków z własnéj praktyki. Również kula histeryczna (*globus hystericus)* nie ma swéj przyczyny, zdaniem M., wyłącznie w skurczu mięśni, lecz jest czasem wyrazem wewnętrznego uczucia ściskania pasem. W końcu przytacza M. różne rodzaje uczucia ściskania w rozlicznych stanach niedokrewności głowy, a szczególnie w bólu głowy połowiczym i to tak zwanéj postaci kurczowéj.

Powstawanie uczucia ściskania tłumaczy autor w następujący sposób. Skutkiem skurczu naczyń krwionośnych powstaje niedokrewność w pewnych obszarach skóry, zdradzająca się przedmiotowo i podmiotowo uczuciem zimna, w następstwie téjże wysychają nieco tkaniny, marszczą się i zmniejszają, co działa na zakończenie nerwowe, pośredniczące w uczuciu ucisku zupełnie tak samo, jak jakikolwiekbądź przedmiot uciskający skórę od zewnątrz. Aby wytłumaczyć poszczególną postać wspomnianych uczuć, a mianowicie uczucie ściskania pasem, opiera się M. na zapatrywaniu Billrotha (?), że ośrodki nerwowe pośredniczą przy regulacyi w zaopatrywaniu krwią naczyń krwionośnych we właściwy „okrężny“ sposób. Komórki bowiem zwojowe, istniejące w pewnym przekroju poprzecznym ośrodków nerwowych wywierają wpływ regulujący na naczynia krwionośne, rozmieszczone w okrężnym obszarze odpowiedniego poprzecznego przecięcia ciała. Otóż bezpośrednie lub odruchowe drażnienie komórek zwojowych albo téż włókien z nich wychodzących wywoływa skurcz naczyń skórnych, mieszczących się w pewnym okrężnym pasie, należącym do odpowiedniego przecięcia poprzecznego. W skutek tego skurczu naczyń zostają podrażnione zakończenia nerwowe, pośredniczące w uczuciu dotykania w tymże obszarze skóry, chory doznaje tedy uczucia, jak gdyby był ściskany pasem. Z tego okazuje się, że tylko wśrod schorzenia ośrodków nerwowych występuje uczucie ściskania pasem, natomiast w zapaleniu korzeni lub pni nerwowych (np. nerwu kulszowego) pojawia się uczucie ściskania w nieregularnych obszarach skóry. Jedynie tylko w tych okolicach, w których naczynia przebiegają w pozioméj płaszczyźnie, czyli równolegle do przecięcia poprzecznego jak np. na tułowiu, a więc w spo-

sób okrężny, może się pojawić uczucie ściskania pasem nietylko w schorzeniu ośrodków nerwowych ale także i w cierpieniach nerwów, co się przydarza np. w przebiegu rwy międzyżebrowéj. (*Berl. klin. Wochenschrift*, Nr. 31, 32, 1883).

Dr. Prus.

Wiadomości pomniejsze.

(J. P.) **Nastój jodowy przeciw zimnicy** zaleca Concetti. 60grm. wody z dodatkiem 24—36 kropli nastoju jodowego dzieli na 3 części, które podaje w czasie wolnym od napadów zimniczych. Z 183 przypadków wyleczył C. 143 (73%), z tych w 9 przypadkach okazał się poprzednio chinin bezskutecznym, natomiast reszta przypadków (40) wyleczoną została dopiero przy użyciu chininu. Nadto z 12 przypadków charłactwa zimniczego stosował C. nastój jodowy w 8 przypadkach z pomyślnym skutkiem. Czas leczenia wynosił 2 do 38 dni. Głównie u chorych ubogich i w praktyce szpitalnéj powinien środek ten znaleźć szersze zastosowanie. (*Deutsch. med. Ztg.*, Nr. 32, 1883).

(J. P.) **Gliceryna w ostrych chorobach gorączkowych.** Aby otrzymać korzystny wynik w leczeniu chorób gorączkowych nie wystarcza podawanie samego chininu, ten bowiem obniża tylko ciepłotę, lecz potrzeba, zdaniem prof. Semmoli, środka, któryby zdołał zwolnić wymianę materyi i zapobiedz osłabieniu ustroju. S. odradza używania wyskoku, ponieważ ten drażni mózg i serce, stosuje go zatém tylko w konieczności w słabéj czynności serca. Natomiast zaleca przyjemny dla chorego napój, a zarazem także lek według formułki:

Rp. Glycerin. puriss. 30·0
Acid. citric. (*sive tartar.*) 2·0
Aqu. destill. 500·0
MDS. Co godz. 1—2 łyż. stołow.

Przy użyciu tego leku zauważył S. u chorych na dur nietylko większe utrzymanie sił, ale także skąpsze wydzielanie mocznika, podczas gdy w czasie, kiedy lek ten podawać zaprzestano, ilość mocznika się zwiększyła. (*Riv. Clin. e- Terap.*, Nr. 2, 1883).

(J. P.) **Rzeżączkę leczy jodoformem** prof. Campana z bardzo dobrym skutkiem. Przepisuje on tak w świeżych, jakotéż zastarzałych formach rzeżączki

Rp. Jodoform. 20·0
Acid. carbol. 0·1—0·2
Glycerin. pur. 80·0
Aqu. destill. 20·0

Wstrzykiwania robi się najprzód raz na dzień, po kilku zaś dniach 2 lub 3 razy, poczém wkrótce ustępują objawy zapalne tak, że po 10—12 dniach leczenia można zastosować słaby rozczyn siarkanu cynkowego. Pod wpływem tego łagodnego i niebolesnego leczenia, oczywiście wśród zachowania odpowiedniéj dyjety, można wyleczyć nawet najuporczywsze formy wspomnianéj choroby w ciągu 35—40 dni i zapobiedz wszelkim powikłaniom. Jodoform jest lekiem przeciwgnilnym, przeciwzapalnym i działa nadto jako środek ściągający. Połączeniem właśnie tylu zalet przewyższa jodoform, zdaniem C., inne środki w rzeżączce używane. (*Deutsch. med. Zeit.*, Nr. 32, 1883).

(J. P.) Najlepszym środkiem do usunięcia przykréj woni przy wrzodach rakowych okazał się, zdaniem Bucka, nasycony rozczyn podsiarczynu sodowego (*natrum subsulphurosum*). (*Deutsch. med. Zeit.*, Nr. 30, 1883).

(J. P.) **Resorcyn przeciw owrzodzeniom w jamie nosowéj** (*ozaena*). Massini i Massei radzą, po dokładném przepłukaniu jamy nosowéj, wdmuchiwać do nosa za pomocą rozpylacza ½—1% rozczyn resorcynu przez 3 do 4 minuty, lub téż smarować za pomocą pędzla błonę śluzową nosa maścią z 0·3 resorcynu i 10·0 wazeliny. Leczenie takie usuwa zupełnie nieznośną woń, a czasem i samą chorobę na zawsze. (*Archiv. Ital. di Laringol.*, Nr. 2, 4, 1883).

III. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sprawozdanie z posiedzenia członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego z d. 6 kwietnia 1883.

Obecni na posiedzeniu koledzy: Kaczorowski. Kapuściński, Zielewicz, Osowicki, Jarnatowski, Jerzykowski, aptekarz p. Jagielski i sekretarz.

W zastępstwie przewodniczącego przewodniczy posiedzeniu kol. Kaczorowski.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Jerzykowski raz jeszcze zabiera głos o chorym przedstawionym na przedostatniém posiedzeniu, u którego znikł obrzęk śródkrocza zupełnie, przy udzie zaś pękł, tylko nad spojeniem kości łonowych zgrubienie rozszerzyło się i to wśród objawów zapalenia otrzewny. Kol. Jerzykowski przypuszcza, że sprawa chorobowa z ciał jamistych prącia przeszła na powłoki brzuszne i na tkankę okołopęcherzową, — Kol. Kaczorowski zabiera potém głos, aby również do przypadku na poprzedniém posiedzeniu przez siebie przedstawionego dodać uwagę, że w trzy dni po użyciu trójgrańca, zniewolonym się widział do rękoczynu tego znowu się uciec, co się téż odtąd co dzień powtarzać musi. Zapalenie otrzewny, jakie się tymczasem rozwinęło, blizkim już grozi końcem. Gdy tenże nastąpi, kol. Kaczorowski obiecuje każdego z kolegów, którego ten przypadek zajmował, zaprosić na oględziny pośmiertne.

3) Do działu porządku dziennego: choroby zakaźne zabiera głos kol. Kaczorowski, ażeby nadmienić o pojawiających się jeszcze przypadkach duru brzusznego, osutkowego i powrotnego. Widuje obecnie także i zapalenie płuc i na czasie będące grupy. Kol. Jerzykowski leczy dwoje dzieci do jednéj i téj saméj rodziny należące, a zapadłe na chorobę z objawami płonicy lecz bez wysypki. Natomiast pokazały się po czterech dniach maleńkie ciemnokrwiste wybroczyny na skórze, a nadto u jednego dziecka nastąpiły wymioty krwawe; stawia więc pytanie, czy przypadki te zaliczyć wypada do płonicy na co kol. Kaczorowski odpowiada, że możnaby przyjąć w przypadku tym jakieś charłactwo poprzedzające wybuchnięcie szkarlatyny.

4) Po załatwieniu tego działu porządku dziennego przeszedł po dość żywéj dyskusyi wniosek postawiony przez kol. Zielewicza, ażeby komisyja wybrana, oceniwszy nadesłany sekretarzowi rękopis kol. Krassowskiego: O zarazie cholery, stosowną dała odpowiedź autorowi. Do komisyi wybrano kol. Jerzykowskiego i Zielewicza.

5) Dr. Wicherkiewicz przedstawił 13-letnią dziewczynę ociemniałą w skutek zupełnego zrostu powiek (*Symblepharon*) z gałką oczną; tylko mały otwór w miejscu zewnętrznego kącika u lewego oka dozwala pod górną powieką wpuścić zgłębnik. O przyczynie tych zrostów nie było można ani od dziewczynki ani też od otoczenia nic stanowczego dowiedzieć się: wspominano tylko o przewlekłém zapaleniu i o pędzlowaniach bardzo gryzących, poleconych przez lekarza.

6) Przed zakończeniem posiedzenia jednogłośnie wybrano członkiem czynnym Wydziału lekarskiego Towarz. Przyjaciół nauk Dra S. Robińskiego z Berlina. *Dr. B. Wicherkiewicz.*

IV. Zapiski z wystawy higijenicznéj w Berlinie.

Podług sprawozdań w „*Berl. klin. Wochenschrift*“ i „*Deutshe medic. Wochenschrift.*“

Podał **K. M.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 34.)

II.

Ażeby dać niejakie wyobrażenie czytelnikom o rozle-

głości wystawy berlińskiéj a tém samém o ilości przedmiotów nadesłanych, wspomnieliśmy, że zajmuje ona przestrzeń 75 tysięcy metrów kwadr., z czego na sam budynek główny przypada przeszło 11 tysięcy. Nie obojętną téż rzeczą będzie wiedzieć, jaki ruch i zajęcie obudziła wystawa między publicznością, gdyż do pewnego przynajmniéj stopnia stanowić to może miarę jéj wartości, stanowczém zaś będzie świadectwem w jakim stopniu zrozumienie ważności higijeny i nauk lekarskich przyjęło się u ogółu. Otóż z obliczeń, które sięgają do końca lipca, wypada, że do tego czasu zwiedziło wystawę za biletami płatnemi blisko 700 tysięcy osób, co przyniosło zarządowi dochodu przeszło 800 tysięcy marek, a więc stanowi na dzień około 7 tysięcy zwiedzających. Zajęcie się zatém wystawą jest nie małe, a nawet najwyższe sfery niemieckie wzięły w niéj czynny udział. I tak, cesarzowa objęła protektorat, a z jéj polecenia cesarzewicz uroczyście otworzył wystawę w d. 12 maja, jak niemniéj przewodniczył przy rozdawaniu medalów i listów pochwalnych w d. 5 sierpnia. W całém tém wszakże zajęciu się wystawą nie brakło i żywiołu komicznego, od czego podobno nieraz najpoważniejsze nawet sprawy nie są wolne. Pewne pisemko „*Deutsches Adelsblatt,*" wykrzykuje np. w zachwycie z powodu wystawy, że jest to „*eine grossartige Offenbarung der Menschenliebe,*" to znów, że jest to „*eine besondere Manifestation adeliger Pflichtauffassung.*"...! Oczywiście, anibyśmy się domyśleli, zkąd „*Adel*" i „*Liebe*" wzięły się na wystawie, i to do tego higijenicznéj. Objaśnia nas jednak gruntownie w téj kwestyi „*Adelsblatt*" dodając jeszcze jedno, podług niego zapewne najtrafniejsze określenie wystawy, że jest to mianowicie „*eine aristokratische That par excellence,*" albowiem „najpierwsza szlachcianka," cesarzowa niemiecka (*sic*), do tego dzieła przyłożyła rękę!....

Jeżeli tego rodzaju wynurzenia i wykrzyki położyć należy po części na karb habitualnego w pewnych kołach niemieckich serwilizmu, a uporczywość habitualnych cierpień znaną jest powszechnie lekarzom, po części zaś na karb aberracyi, oczywiście nie sferycznéj, ale raczéj umysłowéj,— to w każdym razie humorystyczny ten objaw świadczy wymownie, jak wielkie znaczenie przywięzuje ogół niemiecki do higijeny i jéj wpływu na stosunki publiczne.

Po téj „aberracyi" od właściwego przedmiotu, do któréj dał przyczynę „*Adelsblatt,*" przystępujemy do grupy pierwszéj, o któréj powiedzieliśmy, że przedstawia właściwie stronę badawczą higijeny i techniki higijenicznéj. W innych grupach spotykamy się już jedynie z zastósowaniem prawideł i doświadczeń nauki, tutaj mamy przed sobą pod względem naukowym główny punkt ciężkości wystawy, zastanowimy się téż nieco dłużéj nad tą grupą.

Z wyjątkiem pawilonu meteorologicznego i pawilonu państwowego urzędu zdrowia, cała kolekcyja przyrządów i narzędzi naukowych téj grupy mieści się w budynku wystawy głównym, po stronie prawéj od frontu.

Zaraz na wstępie przez bramę prawą napotykamy interesującą i cenną wielce wystawę prof. Dra Józefa Fodora z Buda Pesztu. Zasłużony ten uczony, mający już od dawna znakomite imię w nauce, na pierwszą wiadomość o wystawie stanął prawie pierwszy do zaszczytnego apelu i zbogacił wystawę tak cennym zbiorem przyrządów i okazów naukowych, że zgromadzona pod przewodnictwem cesarzewicza *jury* jednogłośnie przyznała mu medal złoty.

Z jego zbioru wymieniamy na pierwszém miejscu przyrząd do oznaczania ilości tlenku węgla w powietrzu. Polega on na téj własności rzeczonego gazu, że tenże z obojętnego rozczynu chlorku paladu strąca palad w postaci cieniutkich czarnych blaszek. Że jednak amonijak i gaz kwas siarkowodowy w ten sam sposób działają, przeto w przyrządzie, o którym mowa, powietrze badane przeprowadza się najpierw przez naczynie z kwasem siarkowym, który pochłania amonijak, następnie przez drugie, w którém znajdujący się cukier ołowiany łączy się z kwasem siarkowodowym, tworząc siarczek ołowiu. Ten sam przyrząd da się także użyć do oznaczenia tlenku węgla we krwi, modyfikując jedynie badanie w ten sposób, że krew do zbadania przeznaczoną rozczynia się wodą, zakwasza odrobiną kwasu siarkowego i ogrzewa w retorcie w łaźni wodnéj do 70°—80°C. Ponieważ jednak krew ma własność pochłaniania tlenku węgla, można więc na odwrót użyć jéj do zbadania ilości tego gazu w powietrzu, zwłaszcza gdy badania powietrza nie odrazu dokonać możemy lub chcemy. W tym celu do flaszki, w któréj znajduje się pewna ilość krwi, wtłacza się powietrze za pomocą właściwego przyrządu, kłóci się następnie krew należycie, a gdy połączenie chemiczne nastąpiło, przechowuje się krew do chwili badania. Jak się otrzymuje obojętny rozczyn chlorku paladu, opisał prof. Fodor, co jednakowoż tutaj pomijamy. Nie możemy pominąć także znajdującego się w tym zbiorze przyrządu do chwytania (aspiracyi) powietrza, celem chemicznego rozbioru przymieszanych do niego gazów i innych ciał nieobojętnych. Jest on nader prosty, składa się bowiem z rurki metalowéj dowolnéj długości i z balonika gumowego. Badania Pettenkofera, tyczące się chemicznego składu powietrza w mieszkaniach, izbach szkolnych itp., powszechnie są znane. Miarą obecności odpadków organicznych w powietrzu naszych mieszkań jest głównie większy lub mniejszy procent kwasu węglowego. Im więcéj tego gazu, wytworzonego oddechaniem i przeziewem skórnym, tém więcéj spodziewać się należy w powietrzu i innych ciał wydzielonych z ustroju zwierzęcego, szkodliwych więc dla zdrowia mieszkańców,—choć nie tak przystępnych zbadaniu, jak kwas węglowy. Pettenkofer wykazał następnie, że w mieszkaniach czém bliżéj powały, tém większy znajduje się procent kwasu węglowego, a więc i owych rozmaitych odpadków życia zwierzęcego, tak zatruwających powietrze.

Otóż powyższy przyrząd prof. Fodora do aspiracyi nadaje się bardzo dobrze do tego rodzaju badań, dozwala bowiem czerpać powietrze w mieszkaniach z téj wysokości, w któréj to badaczowi potrzebne.

Spotykamy daléj tego samego wystawcy ośm kompozycyj metalowych, służących do szybkiego mierzenia ciepłoty ciał rozgrzanych (pieców) lub gazów. Głównie wchodzą tu w skład bizmut, cyna, kadm i ołów w rozmaitych stosunkach. Pierwsza kompozycyja topi się przy 65°—70°, druga przy 100°, trzecia przy 123°, piąta przy 172°, ósma złożona z 5 części ołowiu i 1 cz. cyny przy 267°, nakoniec ołów sam topniejąc jest miarą 334°, cynk wreszcie 415°.

Uwagi godnym jest przyrząd do badania wpływu samorodnéj wentylacyi gruntu na gnicie i kiśnienie oraz inny, który głównie ma znaczenie ze względu na kanalizacyję miast, uwydatnia bowiem własność utleniającą gruntu. Jest on nader prosty a pouczający. Na zwyczajną cegłę obwiedzioną po bokach lakiem i opatrzoną wystającym brzegiem, tak, aby tworzyła niejako dno naczynia, nalewa się cieczy, zawierającéj amonijak i związki organiczne, najlepiéj więc moczu. Cegłę tę umieszcza się na lejku, pod który podsta-

wia się rurkę szklaną, napełnioną ziemią na wysokość metra. Otóż wbrew wszelkiemu oczekiwaniu, w cieczy ściekającéj dolnym wylotem rurki nie można już wykazać ani amonijaku ani połączeń organicznych, natomiast wytwór utlenienia się tychże, mianowicie kwas azotowy i tegoż związki. Z tego wynika, że już warstwa ziemi grubości 1 metra do około rur kanalizacyjnych wystarcza do całkowitego utlenienia składników moczu i innych odpadków organicznych. Lecz mamy tutaj jeszcze inne ważne zjawisko. Jeżeli bowiem do drugiego takiego przyrządu nalejemy wody zwyczajnéj zamiast moczu, to spostrzeżemy, że woda ściekać będzie zawsze jednostajnie, gdy tymczasem ciecz z tamtéj rurki coraz wolniéj i w coraz mniejszéj ilości.

Drugie to zjawisko świadczy, że przestwory w rurach i w obmurowaniu kanałów napełniają się coraz bardziéj istotami organicznemi i innemi ciałami stałemi tak, że w końcu stają się prawie zupełnie dla nich niedrożne a tém samém chronią otaczający grunt od zanieczyszczenia.

Wymienić wreszcie wypada model domu, przedstawiający nader pouczająco różne sposoby wentylacyi i opalania, daléj przyrządy okazujące własność gruntu zatrzymywania istot organicznych, fermentów i bakteryj, oraz wpływ przesycenia tegoż odpadkami organicznymi na gnicie i utlenianie, które to wszystkie przyrządy w nieobecności prof. Fodora funkcyjonują pod kierunkiem równie zasłużonego prof. Roszahegyi z Klausenburga, nakoniec kartogramy odnoszące się do chorób zakaźnych oraz stanu i składu chemicznego wód zaskórnych w Budapeszcie, a będziemy mieli wyobrażenie o działalności i zasługach wymienionego badacza w tym dziale higijeny.

Zakład farmaceutyczny uniwersytetu wrocławskiego przedstawił przyrząd do oznaczania ilości siarki w gazie świetlnym oczyszczonym i nieoczyszczonym, i to siarki występującéj nie jako gaz kw. siarkowodowy, lecz w innych związkach, mianowicie jako dwusiarczek węgla, sulfofenol. itp.

Prof. Fritsch nadesłał przyrząd mikroskopijno-fotograficzny, nadający się szczególniéj do badań bakteryjoskopijnych, do których potrzeba właśnie znacznego powiększenia. Z licznych aparatów Hartnacka zasługuje na uwagę embryjograf, czyli przyrząd do rysowania pod mikroskopem przy małém powiększeniu, oraz tego rodzaju urządzeniu aparatu mikrofotograficznego, że oświetlenie jest zawsze monochromatyczném. Firma Schmidt i Haensch między innymi przyrządami wystąpiła z mikroskopem do badania mięsa, posiadającym jednakże to ulepszenie, że za pomocą odpowiedniego mechanizmu nadać można przedmiotowi badanemu podwójny ruch automatyczny, a to celem tém dokładniejszego zbadania takowego. Doświadczenie przekonało bowiem, że przedmiotu poruszanego pod mikroskopem ręką w tym i owym kierunku nigdy dokładnie a szybko zbadać nie można. Jeżeli np. na obszarze 1 decym. kwadr. napiszemy bez porządku liczby od 1—100, a następnie z fotografii tychże mikroskopijnéj odczytywać je będziemy przez mikroskop, przesuwając fotografię ręką, to okaże się, że najmniéj 30% tych cyfr pominiemy. Otóż ulepszenie Schmidta i Haenscha ma na celu, zapobiedz téj niedokładności w badaniu i w istocie osięga to za pomocą nader prostego urządzenia.

Między przyrządami polaryzacyjnemi odznacza się polarystrobometer Landolta, daléj, téj saméj firmy przyrząd widmowy do badania ślepoty barw, nakoniec przyrząd Mitscherlicha do odsetkowego oznaczania cukru w moczu. Z licznych przyrządów wystawcy Krüssa, optyka z Hamburga, wymieniamy kolorymeter pomysłu C. H. Wolffa, tegoż przyrząd do oznaczania śladów tlenku węgla w powietrzu; oraz inne służące do badania rtęci drogą elektrolityczną i do oznaczania punktu topliwości ciał organicznych.

Ale i o gospodyniach nie zapomniał Krüss, wystawił bowiem dowcipny przyrząd, za pomocą którego przekonać się można, czy zakupione na targu przez służącą jaja są zupełnie świeże, lub téż tylko dadzą się „od biedy" spożyć, albo nakoniec są zupełnie zepsute i nie do użycia. Niejedna niemiecka „Hausfrau" nieomieszka zapewne natychmiast sprowadzić sobie ten aparacik, który na wystawie figuruje nawet pod osobą nazwą *Eierprober*.

Greiner z Mnichowa wystawił laktoskop do odsetkowego oznaczania tłuszczu i masła w mleku za pomocą dodawania wody, również przyrząd Soxhleta do tego samego celu służący, lecz zbudowany na zasadach areometru.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

S t a t y s t y k a e p i d e m i j. W tygodniu od 12—18 sierpnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 29,3. Z ospy umarło 1 (0 z. t.); z płonicy 1 (0 z. t.); z błonicy 2 (1 z. t.); z krztuśca 1 (0 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.); z czerwonki 3 (2 z. t.); z róży 1 (0 z. t.); z kiły 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach ospy, 1 płonicy, 1 błonicy, 3 duru brzusznego, 1 czerwonki. W tygodniu od 5—11 sierpnia umarło w Londynie 2 z ospy, leczyło się w szpitalach 60, świeżo zapadło 17. W Wiedniu, Brukseli i Birmingham umarło po 2, w Roterdamie, Petersburgu, St. Louis po 3, w Paryżu i Aleksandryi po 4, w Murcyi 5, w Maladze 11, w Pradze 17, w Nowym Orleanie 23, w Madrasie 28, w Rio de Janeiro 93. Dur osutkowy pojawia się sporadycznie w Londynie, Murcyi, Granadzie, Petersburgu, Saragosie i Maladze. Z febry żółtéj umarło w Rio de Janeiro w połowie lipca 45 osób.

S t a t y s t y k a ś m i e r t e l n o ś c i. W tygodniu od 5—11 sierpnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 24,8; w Warszawie 43,1; w Poznaniu 30,5; w Wiedniu 22,3; w Budapeszcie 31,1; w Pradze 32,2; w Tryjeście 24,4; w Berlinie 28,9; w Wrocławiu 28,5; w Gdańsku 20,9; w Mnichowie 36,4; w Dreźnie 23,8; w Lipsku 21,7; w Bazylei 20,6; w Brukseli 26,3; w Amsterdamie 20,5; w Hadze 24,3; w Paryżu 23,2; w Londynie 17,3; w Kopenhadze 18,3; w Stokholmie 18,3; w Chrystyjanii 29,0; w Petersburgu 29,0; w Odesie 48,2; w Wenecyi 22,3; w Bukareszcie 29,1; w Aleksandryi 40,2; w Nowym Yorku 37,6; w Filadelfii 29,4; w Rio de Janeiro 66,6; w Bombayu 25,0; w Madrasie 35,3. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 30 sierpnia. Jeśli sądzić mamy podług nadsyłanych wykazów statystycznych, cholera została stanowczo zlokalizowana w Egipcie, i w r. b. zdaje się, że nie zagraża Europie. Pamiętamy jednak, że cholera, która była tak zabójczą w lecie 1865 r. na południowym Wschodzie, wybuchła z wiosną następnego roku na lądzie europejskim; z tego względu życzyć wypada, ażeby zachody rozpoczęte niemal w całéj Europie koło asanizacyi miast nietylko nie zaniechano, lecz przeciwnie prowadzono je z całą energiją i wytrwałością, widząc w nich najlepszy kordon sanitarny przeciw cholerze tak na dziś, jak i w przyszłości.

* Według nadesłanych nam wykazów do d. 20 sierpnia bawiło w K r y n i c y osób 3.051, w Cieplicach 8.511.

* Rząd niemiecki wyprawił ekspedycyję naukową do Egiptu pod przewodnictwem K o c h a, celem zbadania przyrzutu cholery. Podobna ekspedycyja wyruszyła już poprzednio z Francyi w skutek propozycyi P a s t e u r a. Obaj więc badacze i przeciwnicy zasłużą się wielce ludzkości przez zbadanie na miejscu groźnéj zarazy.

* *Wraczebnyja Wiedimosti* (18 sierpnia) donoszą, że państwowa Rada lekarska wysela do Egiptu Dra Mincha w celu badania cholery. Przyznać należy, że w miarę ustawania epidemii wzmaga się popęd do studyjowania jéj.

* Rząd rosyjski przeznaczył 40.720 rs. do rozporządzenia gubernatora Podola, w celu użycia wszelkich środków dla zażegnania panującéj tam od kilku lat błonicy. (*Zaria* z 27 lipca).

* Album z 600 fotografijami otrzymał od swych uczniów prof. Budge w dzień 50-letniego jubileuszu czynności zawodowéj i nauczycielskiéj. (*Allg. med. centr. Ztg.* 8 sierpnia).

* Na czele naukowéj angielskiéj wyprawy, udającéj się do Egiptu dla badania cholery udaje się Dr. Hunter.

* W pierwszém półroczu rb. wydano w Niemczech 433 książek treści lekarskiéj, co wynosi 6,13% wszystkich dzieł w tym czasie ogłoszonych. (*Wracz* Nr. 31).

* Z powodu szerzących się wieści, że złoczyńcy znieczulają chloroformem śpiących podróżnych na kolejach, a następnie ich rabują, próbował Dr. Mansfield, czy rzeczywiście można znieczulić śpiącą osobę, nie budząc jéj? Istotnie udało mu się znieczulić młodego śpiącego człowieka, którego nie rozbudziły zachody chloroformowania. (*N. Y. Med. Rec.* 14 lipca).

* Wiele mówiono w wiekach średnich o zapachu, który wydawali z siebie ludzie święci. Prof. Hammond nie przeczy, że w tłumaczeniu tego zjawiska jest wiele przesady i błędu, utrzymuje on jednak, że nie wszystko to było samém złudzeniem. Wiadomo bowiem, że skóra człowieka ma zapach, który różni się względnie do rasy, lub téż względnie do właściwości pojedyńczych ludzi. Nie wszyscy ludzie mają zmysł węchu tak rozwinięty, ażeby odcienia tego zapachu z taką siłą czuli, jak niektóre zwierzęta, np. psy; prof. Hammond leczył kilka osób, których skóra wydzielała silny zapach, prawdopodobnie pod wpływem układu nerwowego. Jedna chora, która cierpiała na macinnictwo, wydzielała podczas napadów płaczu i śmiechu silny zapach fijołków, który był szczególnie silny po lewéj połowie klatki piersiowéj. Hammond wymaczał pot chusteczką, przedestylował go z wyskokiem i otrzymał płyn silnie pachnący fijołkami. Pot ten ustąpił po używaniu znacznych dawek salicylanu sodowego. Hammond sądzi, że zapach pochodził od masłowego lotnika. U innéj młodéj dziewczynki wystąpił pot, mający właściwy silny zapach, z chwilą pojawienia się u niéj pląsawicy. Trzecia osoba obserwowana przez Hammonda miała wydzielać pot z żywiczym zapachem podczas gniewu. Inną znowu osobę czuć było zapachem limburskiego sera podczas napadu migreny. (*La Presse méd. belge*, 15 lipca).

* J. C. W. Arcyksiąże Albrecht przyczynił się do budowy szpitala powiatowego w Żywcu wspaniałym darem dziesięciu tysięcy złr.

* Dr. Ferdynand Fiszer lekarz ostatniéj podbiegunowéj wyprawy hr. Wilczka zamierza ogłosić po polsku swe spostrzeżenia, poczynione w strefie polarnéj, (*Gaz. Krakowska* z 24 sierpnia).

* W celu ułatwienia odczytywania drobnych podziałek na ciepłomierzach maksymalnych dołącza Bloch w Genewie do ciepłomierza ruchome, powiększające soczewki, dzięki którym możebném jest dokładne odczytanie.

* Rada municypalna Paryża przeznaczyła 300.000 fr. na zakupno 30 hektarów gruntu, na którym staną ma szpital dla cierpiących na choroby przewłoczne.

* Dr. Vieusse utrzymuje na podstawie wielokrotnego doświadczenia, że posypując proszkiem azotanu bismutowego zasadowego skórę nóg, szczególnie między palcami, usuwa się cuchnący pot, który dla wielu osób jest utrapieniem całego życia.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Fryburg** w Bryzgowii. Prof. E. Baumann w Berlinie, przełożony oddziału chemicznego w zakładzie fizyjol. Du Bois-Reymonda, mianowany został prof. zwyczajnym w Fryburgu.

* **Mianowanie.** Dyrektorem szpitala krajowego w Klausenburgu mianowany został Dr. Emil Szöts.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 34: Bujwida: Z kliniki terapeutycznéj prof. Lambla, I. Gruźlica płuc, kiszek i narządów płciowych z wykazaniem bacyllów gruźliczych. Ruppert a: Dwa przypadki przemieszczenia trzew wrodzonego, oraz teoryje powstawania tego zboczenia. (C. d.). — W *Medycynie* Nr. 34: Dobrzyckiego: Spostrzeżenia nad działaniem kairynu (Dok.).

Redakcyja otrzymała:

Boletin Mensual de estadistica demografico-sanitaria de la peninsula e islas adyacentes.

Piśmiennictwo lekarskie. NOWAK Jos. Lehrbuch der Hygiene. Mit ca. 200 Abbildgn. 2 Aufl. (In 9 Lfgn.) 1. Lfg. gr. 8. Wien, Toeplitz et Deuticke. M. 2.

PIERSON R. H. Ueber Polyneuritis acuta (multiple-Neuritis). Lex 8. Leipzig, Breitkopf et Härtel. M. 75.

W zastępstwie redaktora: **Dr. A. Kwaśnicki.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 8 września 1883. **№ 36.** Rok XXII.

TREŚĆ: I. Z kliniki chirurgicznéj prof. Dra Mikulicza w Krakowie. Przyczynki do chirurgii. IX. MIKULICZ: X. Dwa przypadki osteoplastycznéj resekcyi stopy według własnéj metody. — II. Wykład habilitacyjny Dra W. Jaworskiego. O powstawaniu i rozpoznawaniu rozstrzeni żołądka. (C. d.) — III. *Oceny i sprawozdania*: CHARCOT: Rozmaite postacie afazyi. — WERNICH: O sposobach odwietrzania. *Wiadomości pomniejsze.* — IV. *Odcinek*: Zapiski z wystawy higijenicznéj w Berlinie. (C. d.) — V. *Wiadomości statystyczne i ogólno lekarskie.* — VI. *Wiadomości bieżące.*

I. Z kliniki chirurgicznéj prof. Dra Mikulicza w Krakowie.

Przyczynki do Chirurgii.

X.

Dwa przypadki osteoplastycznéj resekcyi stopy według własnéj metody.

Napisał prof. Dr. J. Mikulicz.

Na 10tym Zjeździe chirurgów w Berlinie poleciłem osteoplastyczną resekcyję stopy jako metodę operacyjną, która może w pewnych przypadkach zapobiedz odjęciu podudzia, a pozostawia kikut zupełnie odpowiedni do chodzenia. Równocześnie przedstawiłem operowanego według téj metody i wyliczyłem następujące wskazania do téj operacyi: 1. Rozległe uszkodzenia pięty i jéj części przyległych. 2. Próchnienie kości piętowéj lub skokowéj z zajęciem sąsiednich stawów. 3. Rozległe owrzodzenia skóry pokrywającéj piętę. U przedstawionego chorego było właśnie ostatnie wskazanie powodem operacyi; jest ono najrzadszém z trzech wyliczonych wskazań téj metody, wymyślonéj pierwotnie dla przypadków próchnienia kości, dla tego téż ten przypadek nie może rozstrzygać o użyteczności wspomnianego zabiegu operacyjnego. Z innego jeszcze względu utrudniał ten właśnie przypadek wydanie stanowczego sądu o téj operacyi, a mianowicie ponieważ rezultat ostateczny co do użyteczności odnogi operowanéj nie był u tego chorego takim, jakiego się w ogóle spodziewać należy a tó z przyczyn, które nie stały wcale w związku z samym zabiegiem operacyjnym. Chory ten cierpiał na zrost kości w stawie kolanowym odnogi operowanéj, podudzie uległo dosyć znacznemu zanikowi z braku ćwiczenia, a niepojętność obok niedołęztwa umysłowego i fizycznego nie dozwoliły choremu należycie używać odnogi operowanéj. Pomimo tego wszystkiego można się było przekonać, że nawet w tym przypadku posiadała osteoplastyczna resekcyja pewne zalety przed odjęciem odnogi, chory bowiem mógł tą nogą stanąć, przy pomocy laski chodził godzinami, a bez łaski był w stanie przejść kilkanaście kroków, podczas gdy po amputacyi byłby zawsze zmuszonym chodzić o szczudle lub o kuli.

Z dwóch innych przypadków operowanych z powodu próchnienia kości mogę jedynie drugi przypadek wymienić jako odpowiedni do ocenienia czynności odnogi operowanéj, gdyż w pierwszym przypadku nastała śmierć z gruźlicy płuc, zanim chora mogła używać odnogi operowanéj i zupełnie wygojonéj.

I. J. L., lat 27 licząca, żona nauczyciela z Meidlingu koło Wiednia, spostrzegła w jesieni roku 1880 ból i obrzęk pięty. W ciągu zimy wystąpiły wszystkie objawy gruźliczego zapalenia wyrostka haczykowatego kości piętowéj, a podczas wyłyżeczkowania, które wykonano na wiosnę r. 1881, oddalono odszczep kostny, po którym pozostała jamka dosyć znacznych rozmiarów o ścianach składających się z cienkich blaszek kostnych. Pomimo zastosowania opatrunku jodoformowego przeciągało się gojenie dosyć znacznie; zagojenie zupełne nie nastąpiło, a po krótkiéj przerwie zaczęła się sprawa chorobowa szerzyć na nowo, zajmując w ciągu lata kość skokową. Chora cierpiała równocześnie na nacieki gruźlicze w obu szczytach płuc, dla tego téż zależało wielce na dokładném oddaleniu wszystkiego schorzałego i na zagojeniu rany przez rychłozrost. Przekonany, że w tym przypadku jest wskazaną osteoplastyczna resekcyja, a nie odjęcie nogi w wysokości kostek, przystąpiłem d. 2 października 1881 do téj operacyi i to poliklinicznie w mieszkaniu choréj. Znieczuliłem chorą mieszaniną chloroformową Billrotha, wywołałem miejscową niedokrewność, postępując według metody przeciwgnilnéj z użyciem rozczynu karbolu i jodoformu. Sam zabieg operacyjny wykonałem zupełnie tak, jak go opisałem pierwotnie w archiwie Langenbecka (tom XXVI), a opis ten powtórzono już w podręcznikach Bardelebena i Huetera tak, że tutaj krótko tylko rzecz przedstawię.

Cięcia przebiegają: pierwsze, strzemienne od wyrostka kości czółenkowéj aż do guza piątéj kości śródstopia; drugie boczne od końców cięcia poprzedniego aż do kostek, gdzie się je łączy trzeciém cięciem, przebiegającém z tyłu odnogi. Wszystkie cięcia przenikają aż do kości. Teraz następuje ostrożne otwarcie stawu skokowego i wyłuszczenie kości skokowéj przez oddzielenie jéj od mostka łączącego ją od przodu, wreszcie wyjęcie kości skokowéj i piętowéj w stawie Chopparta, odpiłowanie połowy kości sześciennéj i czółenkowéj, tak samo odpiłowanie 1½ cm. grubego skrawka z dolnéj nasady kości goleniowéj i strzałkowéj. Wszystkie cięcia przebiegają w kościach i częściach miękkich zupełnie zdrowych. Po przystósowaniu powierzchni przepiłowanych, z jednéj strony kości goleniowéj i strzałkowéj a z drugiéj kości sześciennéj i czółenkowéj, założono 6 szwów płytkowych przenikających tylko części miękkie, aby ustalić powierzchnie przepiłowane. Noga nabrała wejrzenia podobnego do końskiéj stopy; dwa krótkie dreny wprowadzono w obydwa kąty rany i założono kilka powierzchownych szwów jedwabnych. Założywszy opatrunek jodoformowy, zgięto palce gwałtownie pod kątem prostym ku górze i ustalono za pomocą szyny tekturowéj i opasek organtynowych.

Przebieg był zupełnie prawidłowy, pierwszy opatrunek zmieniono po 10 dniach; był on suchy, nie cuchnął, oddalono dreny i kilka szwów jedwabnych, szwy płytkowe nadal pozostawiono. Po 4 tygodniach zdjęto drugi opatrunek; wszystko zostało zgojone przez rychłozrost i wszystkie szwy pousuwano, następnie zastósowano lekki przyrząd podpierający z tektury i krochmalnych opasek.

W pierwszych dniach grudnia zaczęła chora próbować chodzić. Odnoga operowana dłuższa od zdrowéj o 1½ do 2 cm., obuta była w trzewik z dwiema bocznemi podporami sięgającemi aż do kolana, aby młodą jeszcze bliznę kostną uchronić przed naciąganiem, równocześnie ubytek na odnodze starano się wypełnić odpowiednim podkładem. Chora chodziła na główkach kości śródstopia tak jak ten, który chce chodzić „na palcach.“ (Obacz rysunki w pracy powyżéj zacytowanéj w Archiwie Langenbecka T. XXVII). Odnoga zdrowa miała obcas o 1½ cm. wyższy.

Z początkiem stycznia stan zmienił się o tyle, że chora o kiju mogła przejść większą przestrzeń. Stan ogólny operowanéj polepszył się znacznie od czasu operacyi. Pomiędzy przepiłowanemi powierzchniami nastąpiło kostne połączenie, a blizna linijowa była zaledwie widoczną. W połowie stycznia była chora zmuszoną położyć się do łóżka z powodu zaostrzenia się sprawy w płucach i nie mogła więcéj cieszyć się skutkami operacyi, gdyż śmierć jéj nastąpiła dnia 29 lipca 1882 r. Wynik śmiertelny przyspieszyła niezawodnie ciąża operowanéj, która na 3 tygodnie przed śmiercią powiła zdrowe dziecię płci żeńskiéj. Odnoga operowana była stale zagojoną.—Pomimo starania nie mogłem z powodów rytualnych wystarać się o preparat anatomiczny z odnogi operowanéj.

II. Lachewicz Stanisław, lat 16 liczący chłopiec, z Krynicy. Pochodzi z rodziny zdrowéj. Od kilku lat cierpi na częsty kaszel, zresztą nie przebywał żadnych ważniejszych chorób. Przed rokiem nadwichnął sobie nogę prawą, która od tego czasu zawsze go nieco bolała, a przed 8 miesiącami po ponownem złém stąpnięciu opuchła bardzo znacznie. Przez miesiąc chory nie mógł całkiem chodzić. Poczém obrzmienie stopy cokolwiek się zmniejszyło lecz nie ustąpiło zupełnie. W tym stanie chory zaczął chodzić. Wkrótce jednak bóle w stopie i obrzmienie jéj się wzmogło, a przed 5 miesiącami utworzyła się pierwsza przetoka po zewnętrznéj stronie pięty.

W ciągu następnych tygodni obrzmienie się jeszcze powiększyło i otwarło się kilka nowych przetok w tylnéj części stopy. Chory nie mógł już zupełnie chodzić i z tego powodu przybył do kliniki chirurgicznéj gdzie znaleziono stan następujący: Chłopiec dość dobrze rozwinięty, błony śluzowe i skóra blada. W płucach lekki nieżyt, inne narządy zdrowe. Stopa prawa w tylnéj swéj połowie mocno obrzmiała. Poniżéj kostki zewnętrznéj znajdują się 3 otwory wydzielające rzadką ropę, przez które wprowadzony zgłębnik natrafia na kość miękką.

Na pięcie i pod kostką wewnętrzną znajdują się również 4 otwory prowadzące do kości. Staw skokowy obrzmiały, przy ruchach w nim bardzo bolesnych czuć trzeszczenie, — przednia połowa stopy zdrowa.

20 lutego wykonałem resekcyję osteoplastyczną w sposób wyżéj podany. Ponieważ powierzchnia przepiłowanych *oss. navicularis et cuboidei* nie była jeszcze zupełnie zdrowa, przeto wyskrobano chore częsci ostrą łyżeczką. Założono dwa krótkie sączki. Ranę zespojono 6 szwami płytkowemi, brzegi jéj zestósowano dokładnie szwem kuśnierskim. Opatrunek jodoformowy. Odnogę ułożono na szynie tylnéj i przymocowano ją opaską krochmalną.

Przebieg zupełnie bezgorączkowy, chory operowany nie skarży się na żadną dolegliwość. Na 8my dzień zmieniono opatrunek. Rana w całości *per primam* zlepiona, wydzieliny nie ma całkiem. Wyjęto oba sączki i odnogę ustalono jak poprzednio.

Dnia 14 marca zmieniono opatrunek powtórnie. Rana zupełnie zgojona, wyjęto szwy płytkowe, a w celu usunięcia lekkiego zboczenia stopy ku wewnątrz założono odpowiednią szynę boczną.—Dnia 30 marca stwierdzono silne zarośnięcie obu powierzchni kostnych i w dniu tym przystąpiono po uśpieniu chorego do wyprostowania palców; palce ustalono w nałamaném ich położeniu za pomocą stósownéj szyny łukowatéj.

Dnia 14 kwietnia palce utrzymują się w pożądaném położeniu, chory zaczyna chodzić o lasce z opatrunkiem ustalającym.

Dnia 15 maja powierzchnie kostne zupełnie nieruchomo ze sobą zrośnięte. Chory jest w stanie chodzić bez żadnego przyrządu, doznaje przy tém tylko lekkiego ucisku w miejscu blizny. Odnoga operowana o 1½ cm. dłuższa od zdrowéj. Założono trzewik z szynami bocznemi. W przyrządzie tym i po podwyższeniu obcasa u buta w zdrowéj nodze, chory jest w stanie chodzić bez laski, przez cały dzień nie doznając żadnych dolegliwości.

Oprócz tych dwóch przypadków operowanych wspomnę jeszcze o trzecim operowanym przez Socina w klinice bazylejskiéj i to także z powodu próchnienia kości. O ile wiem jest to pierwszy przypadek osteoplastycznéj resekcyi wykonanéj przez innego chirurga. (*Jahresbericht über die chirurgische Abtheilung des Spitals zu Basel während des Jahres 1881 von A. Socin und E. Burckhardt.* Basel 1882. pag. 133). Dla zupełności powtarzam historyję choroby w skróceniu.

Dziewczyna 22 lat licząca doznała zniszczenia nosa przez liszaj żrący i z tego powodu wykonano u niéj rynoplastykę. Jeszcze podczas pobytu w szpitalu rozwinęła się gruźlica kości naokoło stawu skokowego prawego, biorąc początek w kości skokowéj. Gdy wyłyżeczkowanie i wycięcie kości

skokowéj było bezskuteczne, wykonano resekcyję osteoplastyczną dnia 24 września 1881 roku. Zagojenie nastąpiło przez rychłozrost „bez gorączki.“ Operowana wyszła 27 grudnia 1881, mogąc chodzić bez bólu przy pomocy laski; odnogę operowaną obuto w trzewik odpowiedni, a wydłużenie téj odnogi wynosiło $3\frac{1}{2}$ cm., co naturalnie wyrównano za pomocą odpowiednio podwyższonéj podeszwy na odnodze zdrowéj. „Rana operacyjna na nodze mocno zgojona i nigdzie nie ma przetoki.“ (Dok. n.)

II. Wykład habilitacyjny Dra W. Jaworskiego. O powstawaniu i rozpoznawaniu rozstrzeni żołądka.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 35).

V. O sposobach leczenia rozstrzeni żołądka.

Stan terapii rozstrzeni żołądka przed 15 laty najlepiéj cechują słowa wstępne Kussmaula do rozprawy jego z r. 1869: „Tylko wyjątkowo cieszyliśmy się dotąd przy lecze„niu téj strasznéj choroby szczególném powodzeniem, zwy„kle udawało nam się zaledwie niekiedy przynieść ulgę szu„kającemu pomocy, tém mniéj go wyleczyć.“ Dwa lata przed wypowiedzeniem tego zdania autor ten, mając w swéj klinice 25-letnią wieśniaczkę z rozstrzenią żołądka wysokiego stopnia, cierpiącą od jedenastego roku życia na żołądek, przyszedł na pomysł użycia pompy i sondy żołądkowéj, celem wypróżnienia żołądka od kilkulitrowéj ilości treści, a który to sposób jeszcze w r. 1802 podał Kaz. Renault w Paryżu do zastosowania w przypadkach otrucia. Oprócz wypróżnienia użył Kussmaul u wspomnianéj pacyjentki przepłukiwań żołądka, i to z tak niespodziewanym skutkiem, że chora po kilku tygodniach jako wyleczona klinikę opuściła. Kilkanaście następnych, tym samym sposobem leczonych przypadków rozstrzeni wydało również pomyślne wyniki. A gdy i inni klinicyści, jak Schliepp, Ziemssen i Leube ogłosili pomyślne skutki tego sposobu leczenia, stała się sonda i pompa żołądkowa najdzielniejszym środkiem dla leczenia rozstrzeni żołądka.

W y p r ó ż n i a n i e ż o ł ą d k a odbywa się w najprostszy sposób za pomocą przyrządu lewarkowego zaleconego przez Ziemssena. Wprowadza się miękką okienkową sondę z kauczuku czerwonego do żołądka i przytwierdza do zewnątrz wystającego jéj końca za pomocą szerszéj rurki szklanéj długą rurkę kauczukową, a do téj lejek szklany. Rurka kauczukowa powinna być tak długą, aby lejek, przy stojącéj postawie chorego mógł być zniżony aż do ziemi. Do lejka wzniesionego ponad głowę pacyjenta, siedzącego lub stojącego, wlewa się około pół litra wody lub rozczynu mającego służyć do przepłukiwania żołądka, i nim jeszcze z lejka cała ilość cieczy do żołądka wpłynie, zniża się go szybko do naczynia na ziemi stojącego, przez co tworzy się lewar, a ciecz wypływa, jeżeli oczka sondy nie zostały zatkane treścią żołądka. Jeżeli płyn przestanie z żołądka wypływać, znów wlewa się, podobnie jak pierwszy raz, około pół litra cieczy do podniesionego lejka, a przez obniżenie go do ziemi, wywołuje się odpływ płynu z żołądka. W ten sposób powtarza się tę manipulacyję tak długo, aż ciecz wypływająca z żołądka okaże się zupełnie jasną. Dla ułatwienia odpływu cieczy z żołądka należy sondę podczas wypływania to w dół, to do góry lekko posuwać. Ten sposób wypróżniania i wypłukiwania żołądka jest bardzo prosty i dogodny do zastosowania. W niektórych jednak przypadkach jest on niedostateczny, a mianowicie, jeżeli w żołądku znajduje się treść gęsta zmięszana z pokarmami stałemi; natenczas oczka sondy zatykają się i odpływ cieczy z żołądka zostaje przerywany, a wypróżnienie jest niedokładne, nadto znaczna ilość cieczy, służącéj do przepłukiwania, pozostaje w żołądku. W tych razach musi lekarz mieć w pogotowiu pompę żołądkową, któréj dotąd liczne odmiany znajdują się w handlu lub korzystniéj aspirator żołądkowy przezemnie podany. (*Medycyna*, jakotéż *Deutsch. Arch. für. klin. Med.* str. 227, z b. r.) Przyrząd ten może sobie każdy lekarz sam zestawić i stosownie do danego przypadku modyfikować, jakotéż równocześnie do wszystkich dotychczas znanych wewnętrznych zabiegów leczniczych na żołądku użyć.

Częstość wypróżniań i wypłukiwań żołądka zależy od stopnia rozstrzeni i jéj przyrody. Przy samoistnéj rozstrzeni żołądka wypłukuje się go zwykle z początku codziennie, późniéj co drugi dzień, a w końcu co trzeci lub czwarty. W przypadkach zaś zmian organicznych odźwiernika okazuje się nieraz potrzeba wypróżnienia żołądka w celu ulżenia dolegliwości, jakotéż zapobieżenia osłabiającym wymiotom, i trzy razy dziennie. W któréj zaś porze dnia wypróżnianie żołądka ma być przedsiębrane, to z uwagi, aby z ustroju niepotrzebnie nie odciągać pokarmów, mogących być jeszcze przyswojonemi, uskutecznia się je zawsze dopiero w kilka godzin po jedzeniu. I tak w klinice Leubego bywają wypłukiwania żołądka przedsiębrane przy wizycie wieczornéj, między szóstą a siódmą godziną, t. j. po upływie czasu, kiedy w stanie prawidłowym pokarmy na obiad spożyte, w żołądku znajdować się nie powinny. Kussmaul zaś poleca wypróżnianie żołądka rano na czczo, któryto sposób zasługuje z tego powodu na uwzględnienie, że pokarmy pozostając przez całą noc w żołądku, bywają chociaż w części wessane. Liczbę potrzebnych przepłukiwań nie można ściśle naprzód oznaczyć. W niektórych lekkich przypadkach nastaje usunięcie objawów podmiotowych po ośmio- lub dziesięciorazowém zastosowaniu sondy; w innych przypadkach trzeba te zachody więcéj razy przedsiębrać, a w przypadkach zwężenia odźwiernika musi być wypróżnianie aż do końca życia uskuteczniane, a niektórzy lekarze pozostawiają wtedy wykonanie tegoż samemu pacyjentowi. W ogóle trzeba liczyć przeciętnie na 15razowe wypompowanie, uskuteczniane co drugi dzień.

Czy leczenie rozstrzeni żołądka przez przepłukiwanie należy przedłużać, czy zaprzestać, to według rady Levena trzeba się stosować do wyników terapii: jeżeli po 3 lub 4 wypompowaniach nie ma widocznéj poprawy objawów podmiotowych, to należy je zaprzestać. W stosownych bowiem przypadkach, po pierwszych już wypróżnieniach żołądka, uczuwa chory ulżenie wszystkich przypadów podmiotowych; po kilku wypompowaniach zaparcie stolca zwykło ustępować, łaknienie i ciężar ciała zwiększa się, a usposobienie hypochondryczne zmniejsza. Nawet w przypadkach zmian nowotworowych w odźwierniku objawy podmiotowe rozstrzeni po pierwszych wypompowaniach znacznie się zmniejszają, a chory czuje się jakby odrodzony. W przypadkach zaś samoistnéj rozstrzeni, kiedy warstwy ścian żołądka nie uległy jeszcze zwyrodnieniu, powraca żołądek według obserwacyi Kussmaula i zapatrywań Leubego do pierwotnego stanu, a to w ten sposób, że ściany stają się powoli kurczliwe i lepiéj odżywiają się, gdyż uwolnione od ucisku i zadrażnienia treścią żołądkową rozkładającą się, poczynają powoli funkcyjonować. Kussmaul przytacza nawet przypadki kliniczne,

w których guz przed stosowaniem pompy wyczuwalny, po wypłukiwaniach ze zmniejszeniem przypadków chorobowych stał się niewyczuwalny, co autor przypisuje tej okoliczności, że odźwiernik posunął się ku górze. Zwykle jednak bywa przeciwnie, że guz stanowiący zwyrodniały odźwiernik dopiero za pierwszém lub drugiém wypompowaniem żołądka staje się wyczuwalny, przez co przyroda rozstrzeni dopiero się wyjaśnia; ztąd też bywa wypompowanie żołądka przedsiębrane w celach rozpoznawczych. Francuscy lekarze są w ogóle bardzo niechętni sondowaniu żołądka i pomawiają niemieckich klinicystów o nadużycia pod tym względem; dopiero w ostatnich czasach cytują niektórzy z nich zachęcające wyniki z stosowania pompy żołądkowéj. Tak np. przytacza Audhui przypadek, w którym 69-letni wyrobnik z przypadami rozszerzenia żołądka, które jeszcze w 21 roku życia się rozpoczęły, był tak wycieńczony, że już w łóżku o własnych siłach obrócić się nie mógł; a tylko po metodycznėm stosowaniu pompy żołądkowéj stan chorego do tego stopnia się poprawił, że został on wypuszczony ze szpitala jako zdolny do pracy.

Wypróżnianie żołądka łączy się bardzo korzystnie z leczeniem miejscowém błony śluzowéj, polegającém na przepłukiwaniu tegoż zamiast czystą wodą, rozczynami, zastosowanemi do danego przypadku. W razie obfitéj wydzieliny śluzowéj lub kwaśnéj używa się z korzyścią 1—2% wodnego rozczynu sody lub boraksu, a jeszcze korzystniéj ogrzanéj wody karlsbadzkiéj lub wody Vichy, któreto wody z dobrym skutkiem zastępuję mięszaniną wody Morszyńskiéj i Szczawnickiéj w stanie zimnym lub ogrzanym. Jeżeli znów treść żołądka jest w stanie fermentacyi i wykazuje liczne grzybki, to stosownėm jest przepłukiwanie żołądka rozczynem 0·5—1% kwasu karbolowego lub 0·01—0·03% nadmanganezianu potasowego. Używając powyższych rozczynów, trzeba jednak mieć na uwadze, aby wiele z nich w żołądku nie pozostało, coby mogło dać powód, albo do zatrucia lub mocnego zadrażnienia ścian żołądka, dla tego przy użyciu rozczynów przeciwgnilnych trzeba żołądek pompą dobrze wypróżnić.

W kilku przypadkach uważałem polepszenie przypadów rozstrzeni żołądka miernego stopnia, połączonéj z atonią ścian, z przeprowadzenia kw. węglowego przez wypłukany żołądek, co najpraktyczniéj w ten sposób wykonać, że syfon z wodą sodową łączy się rurką kauczukową z sondą *à double courant,* zaleconą przy opisie mego aspiratora żołądkowego i powoli przeprowadza wodę i kw. węglowy przez żołądek.

Że skuteczność wypompowania żołądka ma jednak swą granicę, o tém dosadnie wspomina prof. Kussmaul w r. 1869: „Bliznowate i niepodatne zwężenia tego stopnia, że tylko „pióro gęsie przez odźwiernik przejść może, jest zapewne „niemożebne do wyleczenia za pomocą pompy żołądkowéj. „Czy odważniejsze pokolenia dalekiéj przyszło„ści podejmą się doszczętnego leczenia takich przypadków „za pomocą gastrotomii, wytworzenia przetoki żo„łądkowéj i rozszerzenia zwężenia nożem lub sondą, któżby „na to pytanie odważył się odpowiedzieć? Należy bowiem, „przedsiębiorąc takie leczenie obawiać się narażenia się na „ciche lub głośne pośmiewisko. Pewném jednak jest jedno, „że obecnie i w tego rodzaju przypadkach posiadamy w pom„pie żołądkowéj środek, który zawczasu użyty, może za„wsze życie znacznie przedłużyć i znośniejszém je uczynić“. Jeszcze w r. 1879 Dujardin-Beaumetz, opierając się na doświadczeniu Verneuilla, że chorzy z rakiem odźwiernika najmniejszego urazu trzew brzusznych nie znoszą, przytaczając ze swéj kliniki nieudały przypadek założenia przetoki w jelicie cienkiém u choréj z rakiem odźwiernika, powiada w swych wykładach: „Jeżeli więc w przypadkach raka od„źwiernika i założenie przetoki nie może być uskute„cznione, nie pozostaje nic innego jak wprowadzanie „pokarmów przez odbytnicę“.

Powyższe nieśmiałe przepowiednie Kussmaula jeszcze w tém samém pokoleniu się ziściły, a kilka szczęśliwych przypadków resekcyi odźwiernika w ostatnich trzech latach dokonanych, (między temi jedna téj wiosny w klinice prof. Mikulicza w Krakowie), wykazały znakomity postęp w terapii chorób żołądka. Wprawdzie wychodzi ten zabieg operacyjny poza zakres czynności internisty, lecz ma on zadanie cierpienie rozpoznać i ocenić warunki do podjęcia operacyi.

Istnieją przypadki, w których pompa żołądkowa mogłaby oddać dobre usługi, lecz z powodu następstw lub niedogodności jest przeciwwskazaną; a to ma miejsce: 1) w czasie broczenia wrzodu żołądkowego; 2) w przypadku rozpadu nowotworu rakowego; 3) u osób nerwowych, doznających kurczów mięśni połykowych. W ogóle bardzo wielu chorych wzbrania wprowadzenia sondy i dopiero wtedy przyzwala na stosowanie pompy żołądkowéj, gdy przypady ze strony żołądka doszły do znaczniejszego stopnia.

Zamiast wypróżnienia żołądka przez wypompowanie zalecają francuscy lekarze stosowanie środków wymiotnych, którym przypisują rownocześnie podrażnienie ścian żołądka, i uważają je jako środki odwodząco działające na błonę śluzową żołądka. Ulubiona jest formuła:

Rp. Rad. Ipec. 3·0
Tartar. stib. 0·05
M. f. p. Nr. III.

D. S. Co kwadrans aż do skutku po jednym proszku użyć.

Tego jednak środka może lekarz użyć tylko u chorego jeszcze nieosłabionego wymiotami, i który sam już czuje skłonność do wymiotów. W przeważnych zaś przypadkach w których lekarz odstępuje od stosowania sondy i pompy, starać się on powinien wydalać treść żołądka środkami przeczyszczającemi, przez co sprawi choremu ulgę, przerywając uporczywe zaparcie stolca. Pospolicie w tym celu bywają używane wody mineralne rozwalniające, jak karlsbadska lub kisyngeńska, same lub z dodatkiem soli karlsbadzkiéj lub morszyńskiéj. Z dobrym skutkiem używam również z krajowych wód: morszyńską, z dodatkiem wody sodowéj lub sztucznéj selcerskiéj, dodanéj nietylko dla poprawienia smaku lecz przeważnie dla podniecenia kurczliwości ścian żołądka. Często jednak powyższe środki solne nie wystarczają, natenczas polecają niektórzy autorowie (Kussmaul) użycie środków drastycznych według formuły:

Rp. Pulv. Aloës
Extr. Colocynth.
Pulv. Jalapae āā 0·1
Syrupi Rhei q. s. u. f. pil. Nr. II.

D. S. według potrzeby jednę lub dwie pigułki zażyć.

Czasem jednak i te silne środki rozwalniające zawodzą i trzeba się uciekać do oleju krotniowego, którego jednak przez dłuższy czas stosować nie można. W takich przypadkach dobry skutek uważałem przy użyciu rozczynów solnych w postaci lawatyw, jak wprowadzenie do odbytnicy lejkiem Hegara 1—2 litrów rozczynu ciepłego,

zawierającego 2% soli glauberskiéj, 1% soli kuchennéj i 1% sody; również korzystném jest wprowadzenie rozczynu soli morszyńskiéj (2—3 łyżek na jeden litr wody), lub wprost wody morszyńskiéj w większéj ilości. Lawatywy te nietylko wypróżniają jelito, lecz podrażniając ściany jego, wywołują kilka stolców wolnych, a w drodze odruchów działają pobudzająco na żołądek.

Następne środki lecznicze stosowane w rozstrzeni żołądka są mniejszego znaczenia, i należy je uważać jako pomocnicze i nie zaniedbywać ich użycia przy tak długotrwałém leczeniu, jakiego wymaga rozstrzeń żołądka. Francuzi stosują najrozmaitsze *stomachica*: leki gorzkie, pobudzające żołądek, a szczególniéj: *nux vomica, cort. chinae, cinnamomi, aurantiorum*; *extr. gentianae, absynthii, chamomillae, colombo, trifolii fibrini, cascarillae* itp. Z wielu przepisów francuskich lekarzy do najczęściéj używanych należą:

Rp. Extr. chin. gris. 0·05
Cort. cinnam. pulv. 0·02
Aloës pulv. 0·1
(v. Zingib. pulv. 0·05)
Syr. absynth. q. s. u. f. p. Nr. I.
D. S. Przed obiadem pigułkę zażyć.

Rp. Rad. colombo
Rad. gentianae
Cort. chinae
Cort. aurant. āā 16·0
Spirit. vini rect. 40·0
Aq. destillatae 1000·0
Ac. hydrochl dil. 15·0
Macera per dies 15 dein filtra.
D. S. po łyżce po obiedzie użyć.

Rp. Extr. colombo
Extr. gentianae
Extr. quassiae
Fel. bovini dep. āā 0·1
Rad. gent. q. s. u. f. p. Nr. II.
D. S. jednę (lub dwie) pigułkę po obiedzie użyć.

Rp. Nucis vom. pulv. 0·05
Cort. cinnam. pulv. 0·1
Calcariae carbon. 0·1
M. f. p. Dentur tales dos. VI.
D. S. Jeden proszek zażyć przed obiadem.

Leube poleca w przypadkach rozstrzeni, polegającéj na tle niedokrewności, picie wody zakwaszonéj kilkoma kroplami kw. solnego w tym zamiarze, aby przyspieszyć trawienie i przejście pokarmów przez odźwiernik; a chociażby się i tego celu nie osiągnęło, to przynajmniej fermentacyja kwaśna treści żołądkowéj opóźni się przez obecność kwasu solnego. (Dok. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Charcot: **Des différentes formes de l'aphasie.**

Streszczenie wykładu klinicznego spisanego przez Dra Ch. Féré.

Wyraz afazyja w najobszerniejszém swém znaczeniu obejmuje te wszystkie zboczenia, którym z przyczyn patologicznych ulegać może najwyższy dar człowieka: zdolność wyrażenia swych myśli znakami (*facultas signatrix* Kanta). Zdolność ta jest czynnością najwyższą ośrodków mózgowych, a chociaż nie stanowi ona części integralnéj umysłowości człowieka, ma ona na tę ostatnią wpływ przeważny, jak tego dowodzi stan umysłu osób cierpiących na afazyję; z tego powodu, dla zupełnego zrozumienia wszystkich subtelności, jakie nastręcza analiza afazyi, należy wkroczyć w dziedzinę pojęć psycho-fizyjologicznych, bez których zoryjentowanie się byłoby niepodobném.

Klinika w Salpêtrière obfituje w rzadkie okazy. Prof. Charcot skierował swój wykład do chorego, będącego pierwowzorem tego rodzaju afazyi, który w ostatnich czasach zbadano i nazwano: ślepotą słów, *cecité verbale, Wortblindheit* Kussmaula. Przedstawienie powstania i przebiegu tego rodzaju afazyi u chorego, który był przedmiotem wykładu Charcota, zastąpi określenie pojęcia nazwy „ślepota słów".

M. H. P., 35-letni kupiec, czynny, inteligentny, żonaty, bezdzietny, syn rodziców niecierpiących na choroby mózgu i nerwów. Odbył on kampaniję 1870 r. i szczycił się zawsze dobrém zdrowiem, jeśli nie uwzględnimy migrenowych bólów głowy, które od 15 roku życia do dnia dzisiejszego trwają i występują w przerwach tygodniowych. W jesieni z. r., polując na lisy, przez przeoczenie H. P. zastrzelił ukochanego psa swego największego przyjaciela, który tę stratę głęboko odczuł. Wypadek ten niezmiernie zmartwił naszego chorego, i już po południu tego samego dnia padł on porażony po stronie prawéj, a w parę minut późniéj stracił przytomność. Nazajutrz przytomność wróciła, chory rozpoznawał osoby, przedmioty, ale żadnego nazwać nie potrafił, nawet imienia żony nie wiedział. Porażenie stopniowo z góry na dół ustępowało, a w trzy tygodnie po wypadku chory odzyskał mowę, lecz często używał wyrazów nie w właściwém ich znaczeniu. Pragnąc osobiście kierować swemi sprawami, napisał on rozporządzenie, a kiedy chciał je odczytać, ujawnił się dziwny objaw, że chory ten mógł pisać, lecz nie był w stanie odczytać własnego pisma. Następnie spostrzegł chory, że druk był również dla niego niedostępny. W miesiąc po wypadku próbował on grać w bilard i nagle spostrzegł, że ze strony prawéj widzi wszystkie przedmioty tylko w połowie, i że nie widzi kul bilardowych, skoro te znajdują się w prawéj połowie pola widzenia, słowem, że cierpiał na *hemianopsia lateralis dextra*. W tym stanie chory wstąpił do szpitala Salpêtrière. Pragnąc nie przekroczyć granic streszczenia, pomijam szczegóły badania oczów i w ogóle zdrowia naszego chorego, o ile one nie dotyczą głównego cierpienia; zaznaczę tylko, że badanie stwierdziło dobry stan zdrowia, a główne zboczenie odnosiło się do *facultas signatrix*. Obok niemożebności czytania, spostrzega się u chorego zapomnienie pewnéj ilości nazw przedmiotów i imion własnych; przypomniał on już sobie nazwiska osób otaczających, ale nie pamięta nazw ulic Paryża, chociaż doskonale je zna i spacerując wie gdzie zdąża. Pisze chory zupełnie dobrze, lecz mówi, że pisze „jak gdyby miał oczy zawiązane", i rzeczywiście pismo jego nie zmienia się, kiedy pisze z zamrużonemi oczami. Po napisaniu własnego nazwiska powiada, „wiem że napisałem moje nazwisko, ale przeczytać nie mogę", a przy naleganiach ażeby czytał, pisze w powietrzu palcem wskazującym to, co ma przeczytać i przy téj tylko pomocy czytać jest w stanie; zatém czytanie jest możebném, lecz nie jest ono ugruntowane na zmyśle wzroku, lecz na czuciu mięśniowém. Oświadcza chory, że druk gorzéj czyta aniżeli pismo, a to z powodu, że pismo łatwiéj mu aniżeli druk odtworzyć ruchami ręki. Dla przeczytania jednego wiersza drukowanego potrzebuje 8 minut, to samo pisane czyta w 3 minuty. W celu leczniczym wymagano od chorego ćwiczeń w czytaniu; za-

łączona tablica świadczy o stopniowym postępie chorego w coraz prędszém czytaniu. Jeśli choremu dano pióro do ręki, i ujęto jego pięść tak, ażeby on mógł wykonać tylko ruchy bierne i napisano jaki wyraz, o którym go nie uprzedzono, to siłą świadomości czucia mięśniowego powiedział on zawsze co było napisane. Alfabet pamiętał częściowo; litery *q*, *r*, *s*, *t* po części zapomniał, natomiast *x*, *y* i *z*, jeśli mu je kazano przeczytać, zupełnie nie pamiętał, natomiast jeśli wypadły w środku słowa, doskonale je pisał. Trudniéj pisał na czczo, a po 20 minutach czytania bardzo się męczył; treści przeczytanego ustępu dobrze nie pamiętał, lecz wszystkie liczby żywo miał w pamięci. W miarę jak w skutek ćwiczeń nabywał coraz większéj łatwości w czytaniu poprawiało się w prostym stosunku i połowicze widzenie.

Słowem, wzrokowe wrażenia nie dawały choremu możności czytania i rozumienia pisma i to stanowi podstawę ślepoty słów; zmuszony on jest drogą uboczną, za pomocą ruchów ręki, naśladujących pisanie, obudzić w mózgu te wrażenia psychiczne, które powstawały przy podobnych ruchach; chory ten nie może czytać bez jednoczesnego pisania. Świadomość wynikająca z czucia mięśniowego uzupełnia tu utracony stosunek między zmysłem wzroku i ośrodkami kierującemi czynnością umysłową czytania i myślenia. Nikomu zapewne nie przyjdzie na myśl, że przyczyna tego stanu rzeczy tkwi w wzroku, który w oku lewém posiada całą siłę; chory doskonale widzi litery, tylko odczytać je nie może; natomiast pismem wypowiada wszystkie odcienia swych myśli. Pierwszy, który tę postać afazyi opisał i nazwał, był Kussmaul (1877 r.); była ona jednak o wiele już dawniéj spostrzeganą; Gendrin przed 40 laty podal typowy obraz ślepoty słów, następnie Trousseau (1865) w swojéj klinice podobny przypadek obserwował i opisał. Lecz Kussmaulowi należy się zaszczyt wyosobnienia postaci afazyi, zwanéj „ślepotą słów“ ze wszystkich innych; on pierwszy wypowiedział, że polega ona na zaburzeniu osobnéj właściwości naszego umysłu, polegającéj na pamięci wzrokowéj znaków mowy. Mathieu i Dreyfus-Brisac zwalczali poglądy Kussmaula, natomiast Magnan stał się ich rzecznikiem we Francyi. Uczennica Magnana panna Skwarcow ogłosiła (1881 r.) 12 obserwacyj ślepoty słów, z których jedna dokonaną była przez autorkę, a dwie przez Magnana; po téj publikacyi opisano 5 nowych przypadków ślepoty słów, uzupełnionych pośmiertném badaniem.

Rozpatrzenie się w tych kilkunastu przypadkach nasuwa następujące myśli: 1) Ślepota słów zawsze powstaje nagle; na początku wytwarza się pewien stopień porażenia strony prawéj, które rychło mija. W pierwszych dniach w większéj ilości przypadków spostrzega się afazyja pospolita (ruchowa), która stopniowo ustępuje, pozostawiając w wyosobnieniu ślepotę słów.

2) Zaburzenia wzrokowe luźnie tylko ponotowane w znanych opisach ślepoty słów. Połowicze widzenie, jakie miało miejsce u chorego Charcota, wystąpić miało tylko raz jeden w przypadku Westphala.

3) Ten sam chory Westphala i jeden chory panny Skwarcow posługiwali się również jak chory Charcota kreśleniem palcem wskazującym ręki prawéj w powietrzu tego, czego nie byli w stanie przeczytać.

4) Tych instynktowych kreśleń w powietrzu, wspomagających niejasne wrażenia wzrokowe, należy używać w celu leczniczym jako środka obudzającego zatarte wspomnienia wrażeń wzrokowych.

5) Istnieją do téj pory trzy obdukcyje osób, które cierpiały na ślepotę słów; wszystkim tym trzem przypadkom wspólne są uszkodzenia chorobowe zrazika ciemieniowego dolnego (*lobule parietale infer.*), obejmujące lub nie zrazik marszczki krzywéj (*lobule du pli courbe*) i pierwszego zawoju skroniowego. Lokalizacyja ta ślepoty słów może nam wyświecić znaczenie przypadu bocznego połowiczego widzenia, gdyż zebrano 7 czy 8 obserwacyj klinicznych, stwierdzonych sekcyją, że połowicze widzenie boczne, prawe, pochodzące z zaburzeń kory mózgowia, powstawało w skutek chorobowych zmian tych części mózgu, w których lokalizuje się ślepota słów; ta wspólna lokalizacyja tłumaczy nam częste jednoczesne występowanie ślepoty słów i połowiczego bocznego widzenia; w dzisiejszym stanie nauki trudno odpowiedzieć na pytanie, dla czego przy téj saméj lokalizacyi występuje czasem ślepota słów bez połowiczego widzenia i odwrotnie.

Zachodzi pytanie na czém polegają zmiany, które sprowadzają ślepotę słów i połowicze widzenie? dając odpowiedź na to pytanie zastrzega się Charcot, że tak jak w wielu sprawach dotyczących fizyjologii patologicznéj, opiera on swoje wywody na przypuszczeniach i prawdopodobieństwach.

Tętnica Sylwijusza, jak wiadomo, udziela swe gałązki zawojowi Broki, w którym mieści się ośrodek mowy, a względnie afazyi, oraz tym okolicom mózgowia, w których zdają się lokalizować ślepota słów i połowicze widzenie. Zmiany chorobowe w gałązkach tętnicy Sylwijusza są pierwotne, uszkodzenie utkania mózgu należy do następstw tych zmian. Na czém jednak polegają te zmiany chorobowe w tętnicach? na to pytanie nie zawsze można dać ścisłą odpowiedź. Chory Charcota cierpiał często na silną migrenę, może więc, idąc za zdaniem Lathama, należałoby tu przypuścić częsty skurcz naczyń, jako czynnik usposobiający. Gałęzowski twierdzi, że przy tak zwanéj migrenie oftalmicznéj muszą powstawać skutkiem częstego skurczu naczyń zmiany w ich ścianach, skoro czasem towarzyszą temu cierpieniu połowicze widzenie i afazyja, i to bądź przelotnie, bądź też jako objaw stały. Co do chorego, który był przedmiotem wykładu, Charcot zapatruje się na powstanie jego choroby w następujący sposób: podług wszelkiego prawdopodobieństwa na początku było zatkanie tętnicy Sylwijusza, i to spowodowało afazyję, niemotę i paraliż prawéj połowy ciała; w trzech jednak pierwszych gałązkach krążenie wyrównało się, skutkiem czego ustąpiła afazyja i paraliż; natomiast tętnica ciemieniowa nie dostarczała krwi okolicy przez siebie odżywianéj, i przez to powstały chorobowe zmiany w utkaniu tych części mózgowia, w których lokalizują się połowicze widzenie i ślepota słów; sądząc jednak z tego, że tak ślepota słów jak i połowicze widzenie u chorego Charcota w znacznéj mierze ustąpiły, wnosić wypada, że wspomniane zmiany mózgowia nie musiały być doszczętnie dezorganizujące, gdyż przy zastosowaniu ćwiczeń czytania, chory stopniowo utracał tak ślepotę słów jak i połowicze widzenie, które należą do cierpień nieuleczonych, jeśli utkanie mózgowe ulegnie anatomicznym zmianom. (*Le Progrès médical*, Nr. 23, 24 i 25).

Dr. A. Kwaśnicki.

Docent Wernich (w Berlinie): **O sposobach odwietrzania.**

Odwietrzaniem nazywamy postępowanie, które ma na celu już to uczynienie nieszkodliwemi przyrzuty chorób za-

kaźnych, wytwarzające się w otoczeniu chorych, dotkniętych temi chorobami, lub też powstającemi w pewném miejscu z rozmaitych przyczyn. Pewne przyrzuty chorób przeniesionych ze zwierząt na człowieka, nie przenoszą się w równéj mierze z człowieka na człowieka, a do tych należą przyrzuty nosacizny, wścieklizny i wąglika; inne a zwłaszcza przyrzuty chorób wieku dziecięcego przenoszą się z nadzwyczajną łatwością, a powiedzieć to można o przyrzutach odry i płonicy, tak że odwietrzanie bywa w tych przypadkach zazwyczaj bezsilne, gdy przeciwnie na podstawie doświadczenia śmiało twierdzić należy, że najskuteczniejszém bywa ono w chorobach przyrannych, sprawach durzycowych, gorączce połogowéj, w zakaźnych zapaleniach ócz i w ospie. Co do skuteczności odwietrzania w cholerze, błonicy, krztuścu i gruźlicy nie jest sprawa jeszcze załatwioną i to właśnie stanowi temat niniejszego artykułu.

I. Środków polecanych celem odwietrzania jest bardzo wiele, a jednak żaden z nich nie jest wszechstronnie wypróbowanym. Rozwiązaniem tego problematu zajmuje się od kilku lat cesarski urząd zdrowia w Berlinie i tam poświęca się znaczne sumy pieniężne celem robienia doświadczeń. Przedewszystkiem należy mieć na uwadze że potrzeba:

1) Środka, którego skuteczność byłaby stwierdzoną przynajmniéj przeciw przyrzutom kilku chorób. Środek ten musiałby być tanim nawet w większych ilościach, aby go można użyć w każdym domu i bez znacznych kosztów. Takim środkiem jest mydło potasowe, jak to właśnie stwierdził wspomniony zakład berliński. Rozczyn 1:1000 tego środka znosi zupełnie, a 1:5000 powstrzymuje rozwój prątków zarazy śledzionowéj, a do użytków poniżéj wymienionych sporządza się rozczyn z 15 gramów mydła potasowego na 10 litrów letniéj wody.

2) Środka, któryby mógł bez szkody stykać się z powierzchnią ciała i powstrzymywał rozwój przyrzutów nawet zaschniętych np. na narzędziach chirurgicznych. Tym wymaganiom odpowiada najlepiéj kwas karbolowy w rozczynie 1:20. W tym stosunku bywa on ze skutkiem używanym, aby niszczyć przyrzut w wydzielinach ustroju schorzałego, a rozpylony za pomocą odpowiedniego przyrządu, oczyszcza powietrze w miejscach zamkniętych.

3) Środka odpowiedniego do niszczenia z wszelką pewnością przyrzutu zawartego w miejscu zamkniętém np. w sali szpitalnej. Dawniéj sądzono, że chlor i kwas siarkawy są w tym celu najodpowiedniejszemi, teraz jednak zdyskredytowały doświadczenia czynione w zakładzie berlińskim obydwa te środki, zwłaszcza że nie mamy sposobu oznaczania ilości koniecznie potrzebnéj, aby pewną przestrzeń od przyrzutu uwolnić. Wernich doświadczał w tym celu pary bromu, którą wypełniał pokoje za pomocą odpowiedniego przyrządu; okazało się jednak, że para bromu nie wnika bynajmniej tak dokładnie we wszelkie szczeliny i zakątki i nie przenika tak dokładnie ciał dziurkowatych, jak kwas siarkawy i chlor, tak że chcąc przedsięwziąć podobną czynność należałoby się przecież uciec do środków dawniej szych, rozpraszać mgłę karbolową i przewietrzać pokoje równocześnie. Przy tém postępowaniu nie ma się wszelako pewności, że każda odrobina powietrza została dokładnie oczyszczoną.

4) Potrzeba środka, któryby zabijał prątki bez wątpienia, a mógł się stykać z każdym przedmiotem podejrzanym. W tym celu nadaje się najlepiéj sublimat, który w rozczynie 1:300.000 powstrzymuje zupełnie rozwój prątka zarazy śledzionowéj. Rozczyn 1:5000 nie jest wcale tak trującym jak 5% rozczynu kwasu karbolowego, który znajduje się tak często w rękach ludzi niedoświadczonych; sublimatu należy jednak używać tylko w przypadkach groźnych, a najlepiéj jest przepisać rozczyn 1:1000 z napisem „trucizna“ a do użytku rozcieńczać go pięcioma częściami wody.

5) Obok tych wszystkich środków, dających się zastósować na miejscu, należy przedewszystkiém pomyśleć o odwietrzeniu pościeli, ubrania, koców, dywanów słowem przedmiotów, których prać nie można. Najskuteczniéj działa w tych przypadkach gorące powietrze albo też gorąca para wodna. Gdy jednak zakłady, w którychby można poddawać wysokiéj ciepłocie wymienione przedmioty, istnieją zaledwie gdzieniegdzie, należy je wystawiać na działanie gorąca w piecach piekarskich albo też kropić rozczynem karbolu, będąc zawsze przekonanym, że te sposoby nie są wcale dostateczne.

6) Radykalnym sposobem jest palenie przedmiotów podejrzanych. W epidemijach mniejszych można poprzestać na paleniu przedmiotów nie przedstawiających większéj wartości; w większych zarazach należy palić nawet rzeczy kosztowniejsze i to wśród interwencyi władz policyjnych.

II. Odwietrzanie należy odmiennie przedsiębrać w miarę czy się ma odwietrzyć pokoje zajmowane właśnie przez chorych lub też przestrzenie, w których nikt nie zamieszkuje; w pierwszym razie uważać należy aby:

a) W pokoju zajmowanym przez chorego nie pozostawały części ubrania oprócz najniezbędniejszych i tego, które chory miał na sobie w ostatnich dniach przed zapadnięciem. W razie odmieniania bielizny i pościeli chorego należy pilnie baczyć aby przedmiotów, które się przez dłuższy czas z nim stykały, nie trząść, nie przekładać lub roznosić, lecz wszystko razem zawinąć i zanurzyć w rozczynie mydła potasowego, przygotowanego w tym celu. Opaski i narzędzia używane przy chorym należy jeszcze w tym samym pokoju odwietrzyć przez zanurzenie w rozczynie karbolu. Wydzieliny i stolce chorych powinny być oddawane do naczyń wypełnionych częściowo rozczynem mydła potasowego i tak dopiero wynoszone do wychodków, przyczém jednak uważać należy, aby niemi nie zanieczyszczać desek. Przykrych woni w otoczeniu chorych nie należy bynajmniéj tłumić kadzeniem, lecz starać się o odświeżenie powietrza, przedewszystkiém należy jednak usunąć z pokoju wszystko, co wydaje ową przykrą woń. Osobom zajętym około chorego wypada zalecić, aby nigdy nie spożywały nic w tym pokoju, w którym chory leży, aby odchodząc ztamtąd zmywały się rozczynem karbolu, a suknie i włosy oczyszczały szczotką zwilżoną takim samym rozczynem.

b) Mając odwietrzyć pokój, z którego chorych wyniesiono, należy przedewszystkiem zająć się samym chorym przed przeniesieniem lub przewiezieniem tegoż. Do przewożenia używa się wozów policyjno-sanitarnych, w razie jednak gdyby wypadło użyć innego wózka, należy go dokładnie odwietrzyć. Wyzdrowieniec powinien być wykąpanym lub przynajmniéj wymytym dokładnie rozczynem mydła potasowego, zanim przywdzieje ubranie, poddane poprzednio działaniu gorąca.

Zwłoki zmarłych z chorób zakaźnych należy jak najspiesznićj usunąć z mieszkania. Jeżeli zmarli na ospę, błonicę, dur osutkowy lub cholerę, należy zwłoki owinąć prześcieradłem zmaczaném w rozczynie sublimatu, zwłoki zmarłych z innych chorób należy zawijać w prześcieradła zmaczane

w rozczynie mydła potasowego. Jeżeli zaś zwłoki pozostają w mieszkaniu dłużéj nad 24 godzin należy brzuch obłożyć płótnem napojonem rozczynem z 1 części chlorku wapna i 4 części wody, aby uniknąć szybkiego rozkładu.

c) Bieliznę i pościel, którą prać można, należy po wyzdrowieniu chorego zawijać w prześcieradła zamoczone w sublimacie i wygotować w rozczynie mydła potasowego przynajmniéj przez godzinę. Przedmioty, których prać nie można należy poddać działaniu gorącego powietrza, a resztki opasek i słomę z sienników najlepiéj jest spalić. Podłogi, ściany, okna i sprzęty domowe należy zmywać szczotką lub suknem zmaczanem w rozczynie sublimatu; ściany tapetowane wystarczy wytrzeć wilgotnem płótnem. Tak tedy skoro wszystko wykonano w sposób przepisany można uważać, że szkodliwość przyrzutu jest usuniętą, zwłaszcza gdy powietrze w tym pokoju kilkakrotnie odświeżono lub postępowano w sposób pod 3) opisany.

III. Nie trudnem jest zastósować postępowanie w poszczególnych przypadkach chorób zakaźnych; kierować się należy przedewszystkiem postępem wiedzy i faktami stwierdzonemi przez doświadczenie. W głównych zarysach postępowanie przedstawi się w ten sposób.

W przypadkach ospy, która udziela się przedewszystkiem za pośrednictwem wydzieliny skórnéj i zanieczyszczonéj nią bielizny, należy wszelką bieliznę poddawać szybko działaniu rozczynu mydła potasowego, powietrze w pokoju chorego często odwietrzać mgłą karbolową i starać się o częste odświeżanie. Ze zwłokami należy ściśle postąpić w sposób wymieniony.

Przyrzut błonicy i krupu udziela się za pośrednictwem śluzu i ropy wyplutéj, ale powietrze wydychane przez tych chorych może również przyrzut przenieść, dlatego téż należy wypełnić wszystko w poprzednim ustępie wymienione, a mocz powinni ci chorzy oddawać do naczynia zawierającego rozczyn karbolu.

Co pośredniczy w przenoszeniu się przyrzutu cholery tego nie można dotąd stanowczo powiedzieć, najprawdopodobniéj tkwi przyrzut ten w stolcach cholerycznych, dlatego stolce te powinno się zaprawiać rozczynem sublimatu, a jeżeli chorzy z początku udawali się na wychodek, należy tenże dokładnie zmyć rozczynem sublimatu i zabronić tam wstępu ludziom zdrowym. — Wszystkie trzy rodzaje duru przenoszą się na zdrowych, dlatego trzeba zastósować wskazówki wymienione powyżéj celem odświeżania i odwietrzania powietrza; ze stolcami zaleca się postępować tak samo jak w przypadku cholery; takie same też należy zachować ostrożności w przypadkach czerwonki i płonicy, kładąc w ostatnim razie nacisk na odpowiednie postępowanie z bielizną. Postępowanie właściwe w przypadkach gorączki połogowéj jest już zaprowadzone we wszystkich zakładach położniczych, dlatego zbytecznem jest rozwodzić się nad tem. (*Wiener med. Presse* Nr. 30 i 31, 1883). *Dr. Schaitter.*

Wiadomości pomniejsze.

(J. S.) W Nrze 31 *Przeglądu* wspomnieliśmy, że z inicyjatywy Pasteura wybiera się do Egiptu Komisyja, mająca zbadać na miejscu istotę cholery; otóż aby udział biorący w téj wyprawie zabezpieczyli się przed zakażeniem się poleca im P. wykonanie przepisów, które przytaczamy w dosłownem tłumaczeniu.

1) Nie należy pić wody w żadnéj z tych miejscowości, w których Komisyja będzie zajętą; przed użyciem wody należy ją poprzednio przegotować, a po oziębieniu kłócić parę minut we flaszce do połowy wypełnionéj. Wody miejscowéj używać można tylko w tym razie gdy się ją zaczerpnęło ze źródła i to naczyniem ogrzanem bezpośrednio przed użyciem do 150°C. (*Vases flambés*). Najodpowiedniejszem jest posługiwać się wodą mineralną naturalną.

2) Wino pić można tylko po poprzedniem ogrzaniu go do 50—60 stopni i to tylko kieliszkami ogrzanemi do 150°C. i ostudzonemi (*verres flambés*).

3) Wszelkie pożywienie powinno być przegotowane; wszelkie owoce należy przed spożyciem myć dokładnie wodą przegotowaną, przechowywaną w tych naczyniach, w których się gotowała lub przelaną do naczyń ogrzanych poprzednio do 150°C.

4) Chleb pokrajany w cienkie kromki należy bezpośrednio przed zjedzeniem ogrzewać do 150°C. i to przez przeciąg 20 minut.

5) Naczynia i szklanki służące do przechowania pokarmów i do picia powinny być ogrzewane do 150°C.

6) Pościel, bieliznę i ręczniki należy po użyciu zanurzyć we wrzącéj wodzie i potem suszyć.

7) Wodę do mycia należy przegotować a po oziębieniu dodać do niéj $^{1}/_{500}$ ciężaru rozczynu tymolu lub kwasu karbolowego (2 grm. tymolu na litr mięszaniny wyskoku z wodą lub 20 gramów kwasu karbolowego na litr wody).

8) Kilka razy na dzień należy myć ręce i twarz i to zawsze wodą przegotowaną z dodatkiem wspomnionych rozczynów.

9) Gdy się jest zajętym około zwłok osób zmarłych na cholerę, lub ma się do czynienia ze stolcami chorych, należy zasłaniać usta i nos maską drucianą podwójną, ogrzaną przed użyciem do 150°, w którą włożono po oziębieniu warstwę waty przynajmniéj 1 cm. grubą pomiędzy obydwie siatki druciane.

Pasteur żywi przekonanie, że stosując się skrupulatnie do tych przepisów, uchronią się młodzi badacze niewątpliwie przed zakażeniem. Samo przez się rozumie się, że te ostrożności są tylko tam potrzebne, gdzie jest obecnie największe niebezpieczeństwo, a więc w Egipcie, a rzut oka na te przepisy przekonywa, że układając je wychodził P. z hipotezy swéj „prawie stwierdzonéj," iż przyrzut cholery dostaje się do organizmu przez przewód pokarmowy a wyjątkowo tylko za pośrednictwem narządu oddychania, do czego odnosi się przepis 8. (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 33, 1883).

(J. S.) Cheron zaleca **pieprznik** (*capsicum*) **jako lek namiesięczny.** Przepisuje on: *Trae capsici 3·0, Rhum 30·0, Mixtur. gummos. 120·0,* — co dwie godziny po łyżce.

(J. S.) **Naftolu używa się przeciw nadmiernemu poceniu się rąk i nóg** w tym rozczynie: *Naphtol. 1·0, Glycerin. 2·0, Alcohol. 20·0,* zwilża się nim raz lub 2 razy na dzień pocące się części i zasypuje się proszkiem czystéj skrobi lub zmieszanéj z dwoma gramami naftolu. Pomiędzy palce u nóg należy powkładać zwitki waty posypane tym proszkiem. (*The medic. bullet.* 1883).

(A. K.) **Powstrzymanie wydzielania pokarmu,** według Labbé, ma następować pod wpływem prądu elektrycznego. L. doradza w tym celu ująć lekko sutek między obydwa elektrody, pokryte mokrą gąbką, i elektryzować słabym prądem przez 10 do 15 minut. (*L'Union med.* 5 lipca).

(A. K.) **Mikrokoki w ropie czyraków** stwierdził u dzieci Bagiński. Są one okrągłe i względnie wielkie; drobnowid wykazuje je w skupieniach po kilka; od fuksynu silnie zabarwiają się. Nie wnioskując o swoistości tych mikrokoków, B. sądzi, że nie są one obce powstawaniu czyraków. (*D. med. Zeit* 26 lipca).

(A. K.) **Dla znieczulania chirurgicznego** zachwala Martin mięszaninę 85 części tlenku azotu, 15 tlenu i 6—7 gramów chloroformu na hektolitr. Znieczulenie ma bardzo prędko powstawać bez okresu ekscytacyi. (*Arch. de Pharm.* czerwiec.)

(J. P.) **W częściowém lub zupełném upośledzeniu słuchu z przyczyn nerwowych**, cechującém się silném dzwonieniem w uszach i szumem różnego natężenia i charakteru, zaleca Roth użycie węglanu amonowego w następujący sposób:

Rp. Ammon. carbon. 1·50
Ol. Cajeput. 0·25
Axung. 0·20
F. l. a. pil. Nr. 30 Consp. Ammon. carb.
D. ad vitr.

Chory wkłada wieczorem 1 pigułkę głęboko do ucha i zatyka ją watą. (*Deutsch. med. Zeit.*, Nr. 32, 1883).

(J. P.) **Przeciw drżeniu członków używał** Feris-Brest **weratrynu.** W 10 przypadkach przyczyną drżenia było nadużywanie napojów wyskokowych, w 2 przypadkach osłabienie a w jednym *sclerosis disseminata*. F. podawał w ciągu dnia 4 pigułki, z których każda zawierała pół miligrama weratrynu. 10—14 dni wystarczyło, aby drżenie zupełnie wyleczyć. (*Societé de Biologie*).

IV. Zapiski z wystawy higijenicznéj w Berlinie.

Podług sprawozdań w *„Berl. klin. Wochenschrift“* i *„Deutshe medic. Wochenschrift.“*
Podał K. M.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 35.)

Uwagi godne są przyrządy do próbowania stopnia palności oleju skalnego i nafty, zwłaszcza, że używane dotąd w Anglii w formie podanéj przez Abela, obecnie po dokonaniu ulepszeń przez prof. Dra Sella prawnie przepisane są w Niemczech. Nafta do użytku przydatna powinna się zapalać w wspomnionym przyrządzie dopiero w ciepłocie 21°C. i pod ciśnieniem barometryczném 760 mm. Oba te warunki są niezbędne, albowiem z ich zmianą zmienia się także granica palności. Czém ciśnienie atmosferyczne mniejsze, tém niższa ciepłota wystarcza do zapalenia się nafty. W obec ciśnienia np. 740 mm. granicę palności stanowi już 20·3°C., natomiast przy 780 mm. nafta zapala się dopiero w ciepłocie 21·9°C. W zwyczajnych, codziennych warunkach, w jakich się nafta znajduje, potrzeba do jéj zapalenia się o 8°—10° więcéj niż w przyrządzie Abela-Sella.

Próba palności odbywa się w ten sposób, że naftę ogrzewa się najpierw w łażni wodnéj do 16°—17°; następnie puszcza się w ruch przyrząd zegarowy, za pomocą którego wieczko naczynia z naftą odmyka się regularnie co 2 sekundy i przepuszcza do wnętrza języczek małego płomyka. Skoro słupek rtęci w termometrze umieszczonym w nafcie dojdzie do 21°C., następuje na małą skalę wybuch i nafta zapala się.

Równie i zbioru prof. Recknagla, zaszczyconego podobnie jak prof. Fodor złotym medalem, nie można pominąć milczeniem. Zwracają tu mianowicie uwagę rozmaite, nader zgrabnie zbudowane przyrządy do mierzenia chyżości i siły wiatru, tak zwane anemometry, daléj hidro- i termotelegrafy, wreszcie laktodenzymetr, przyrząd sporządzony z polecenia ces. Urzędu zdrowia a posiadający wielkie praktyczne znaczenie. Hidrotelegraf, jak sama już nazwa wskazuje, donosi o stopniu wilgotności powietrza miejsc odległych. Zasadą tu jest higrometr włosowaty, w którym przy niskim lub wysokim stopniu wilgoci przewodniki elektryczne stykają się wzajemnie i wywołują prądy. Prawidłową wilgotność powietrza zwiastuje wtedy sygnał z polem białém, nadmierną — pole czarne; gdy przeciwnie za mało pary wodnéj w powietrzu występuje pole czerwone. W podobny sposób działa termotelegraf, sygnalizujący ciepłotę miejsc odległych. Laktodenzymetr przeznaczony jest do użytku policyi lekarskiéj na targach a śmiało można powiedzieć, że stanowi doskonałość w swoim rodzaju. Wszystkim niedokładnościom, jakich przyczyną były dawniejsze tego rodzaju przyrządy, zapobieżono tu prawie zupełnie, a niemałą téż jego zaletą jest sam materyjał, ebonit, rodzaj twardego kauczuku, zapewne właśnie dla swéj twardości tak nazwany (ebur, kość słoniowa), zapewniający przeto trwałość przyrządowi.

Kończąc grupę pierwszą zwrócić się jeszcze musimy do pięknego pawilonu meteorologicznego, o którym już poprzednio wspomnieliśmy. Zdala już budynek ten uderza oczy widza zarówno swą gustowną strukturą, jak ładnemi godłami i ozdobami zewnętrznemi. Z wystawców wzięli tu udział między innymi tacy, jak: Dörffel, Ernecke, Greiner z Monachowa, Dr. Paweł Schreiber, dyrektor saskiego zakładu meteorologicznego, nakoniec Gazeta magdeburska i Füss z Berlina, o którychto ostatnich wystawcach także już uczyniliśmy wzmiankę. Zwróciliśmy mianowicie uwagę na zasługę Gazety magdeburskiéj, która urządziwszy własne obserwatoryjum meteorologiczne, model tegoż na wystawę nadesłała. Wprawdzie obserwatoryjum to założone zostało jedynie do użytku własnego redakcyi, jednakże gorliwa działalność kierownika Dra Assmanna, stała się wkrótce pobudką, że powstało osobne Towarzystwo meteorologiczne w celach ziemiańskich, na które obecnie i rząd zwrócił uwagę, a oceniając pożytek publiczny zabiegów Towarzystwa udzielił mu 2.000 marek zasiłku.

Z przedmiotów wystawionych w tymże pawilonie wymieniamy przedewszystkiem przyrządy notujące samodzielnie. Dörffel nadesłał tego rodzaju aneroidbarometr i termometr metalowy; Füss prócz deszczomierza, o którym powyżéj była wzmianka, liczny zbiór rozmaitych przyrządów, z których głównie zapisać wypada barometr samodzielnie notujący i takiż termometr, oraz przyrząd notujący wahania wody zaskórnéj; Dr. Fryd. Müller barometr naczyniowy notujący, w którym za pomocą właściwego urządzenia wznoszenie się i opadanie rtęci nie tylko widzieć ale i słyszeć można. Dr. P. Schreiber wystawił model nowego przyrządu do zapisywania wszelkich zjawisk meteorologicznych (*Universal-Registriraparat).* Dowcipnie obmyślony jest higrometr metalowy Mithoffa, w którym błonka z jaja gęsiego owinięta na około sprężyny metalowéj, kurcząc się lub rozciągając w miarę wilgotności powietrza, nadaje ruch sprężynie. Prof. Dr. Börnstein umieścił w osobnym domku naprzeciw pawilonu meteorologicznego nadzwyczaj zajmujący a również samodzielnie notujący przyrząd do mierzenia siły i chyżości wiatru. Nie brak nawet seismografów i seismometrów, tj. przyrządów do zapisywania i mierzenia trzęsienia ziemi, jakkolwiek one dla naszych okolic żadnego prawie nie mają znaczenia. Seismograf prof. Grunera i drugi pomysłu Cacciatorego zasadzają się na tém, że w naczyniu odpowiednio ustawioném i poruszającém się za najlżejszém wstrząśnieniem, nalaną jest rtęć po same brzegi. Gdy nastąpi trzęsienie ziemi, rtęć wylewa się do naczyń poniżéj ustawionych, z czego zarazem i kierunek wstrząśnienia oznaczyć można. W seismo-

metrze Malleta, zamiast naczynia z rtęcią są rurki napełnione piaskiem. Wstrząśnienie wywraca rurki a kierunek ich pochylenia służyć ma podobno nie tylko do oznaczenia kierunku wstrząśnienia ale i chyżości tegoż.

Ciekawszém jednak a równie prostém jest urządzenie seismochronografu, tj. przyrządu służącego do dokładnego zapisywania czasu, w którym wstrząśnienie nastąpiło. W tym celu nastawia się zegar i zapisuje czas wskazany dokładnie, ruch jednak wahadła zatrzymuje się, opierając o nie drążek, na którego jednym miejscu umieszcza się na wąskiéj i chwiejnéj podstawie kulę. Skoro nastąpi trzęsienie ziemi, kula spada, zegar zaczyna iść a w ten istotnie nader prosty sposób oznaczyć można co do minuty i sekundy czas, w którym trzesienie nastąpiło, nawet po kilkunastu godzinach.

III.

Pomijamy tymczasowo grupy: drugą, trzecią i czwartą a przystępujemy ze względu na ważność przedmiotu do grupy piątéj, obejmującéj higijenę szkół. Jeżeli o mieszkaniach powiedzieć można, że stanowią dla ludzi stale w nich przebywających niejako drugi klimat, to z równą prawie słusznością odnieść to także wypada do szkół, w których młodzież, w wieku dla człowieka ze wszech miar najważniejszym, przebywa przez lat kilka lub kilkanaście po kilka godzin dziennie. Że w tych warunkach zarówno mieszkania jak szkoły, gdy źle i wadliwie urządzone, stają się gniazdami i niewyczerpaném źródłem rozlicznych chorób a często nawet kalectw i trwałego charłactwa, jest to od dawna pewnikiem już nie tylko dla lekarzy, ale i dla całego oświeconego ogółu.

To téż nigdy dotąd społeczeństwo nie zwracało tak żywéj uwagi i troskliwości ku szkołom, jak w ostatnim dziesiątku lat, mianowicie odkąd obowiązek uczęszczania do szkoły stał się powszechnym. Młodzież, która wstępując w wczesnym wieku obowiązkowo do szkoły a nieopuszczając jéj rychléj jak po 6—8, często jednak dopiero po kilkunastu latach, czyni zadość temu pierwszemu w życiu swém obowiązkowi dla państwa i społeczeństwa, zasługuje na to— a zresztą i potrzebuje tego niezbędnie, — aby miejscowości, w których gromadnie przebywać jest zmuszona, urządzone były staraniem publiczném w ten sposób, iżby nie groziły żadném zgoła niebezpieczeństwem dla jéj zdrowia lub życia.

Nie na tém jednak koniec obowiązków społeczeństwa względem młodzieży. Samo urządzenie budynków szkolnych, choćby najlepsze, zastósowanie przestrzeni izb szkolnych do liczby uczniów zgodnie z racyjonalnemi przepisami higijeny, zaprowadzenie wzorowego przewietrzania i opalania, dostateczne w klasach światło i wzorowo zbudowane ławki i inne przybory szkolne,—wszystko to nie stanowi jeszcze dostatecznego zabezpieczenia zdrowia uczącéj się młodzieży. To dopiero *conditio sine qua non* znośnego przebywania w izbach szkolnych. Obowiązek społeczeństwa, jakotéż i nauki, sięga tu nierównie daléj. Jeżeli bowiem higijeniczne urządzenie zabudowań szkolnych staje się źródłem rozlicznych chorób, głównie zaś charłactwa i przedwczesnego więdnienia setek młodzieży, to wadliwe ułożenie planu naukowego, a zwykle jeszcze wadliwsze wykonywanie tegoż, te same a nieraz może i gorsze sprowadza następstwa. Nie tu miejsce zastanawiać się nad tylokrotnie w ostatnich czasach poruszaną kwestyją „przeciążania uczniów nauką,“ streszczać rozliczne w tym przedmiocie prace autorów i podawać wyniki i zasady, do jakich w swych badaniach doszli; uważamy tylko za właściwe zaznaczyć, że szczególniéj w ostatnich latach zarówno badacze jak władze—zwłaszcza w Niemczech—baczną w tym kierunku zwróciły uwagę, trzymając się zasady, że tylko ściśle harmonijne kształcenie sił umysłowych i fizycznych uczniów w zakładach higijenicznie urządzonych, prowadzi do celu, tj. zabezpiecza młodzież, o ile to w ogóle w siłach ludzkich, od przedwczesnego charłactwa i chorób. Piękne to zaiste zadanie dla państwa i społeczeństwa! O ile dotyczy wewnętrznego urządzenia szkół, tj. planu naukowego, odnosi się ono wyłącznie do władz państwowych, — natomiast gdzie chodzi o wzorowe budynki i przybory szkolne, przedstawia wdzięczne pole dla gmin i miast. Nieobojętném zapewne będzie wiedzieć, jak się pod względem staranności o szkoły przedstawia taka gmina, jak Berlin. Widzimy tu plany i rysunki dziesięciu rozmaitych wyższych zakładów naukowych, męskich i żeńskich. Wszystkie te szkoły zajmują w Berlinie przestrzeń 36.239 metr. kwadr., z czego zabudowanych jest 16.744 m. kw., większą część zaś, bo 19.495 m. kw. zajmują podwórza i ogrody szkolne. Koszta budowy wynosiły 5.722.000 marek; że zaś w tych dziesięciu zakładach mieści się 8.265 uczniów, przeto na głowę wypada 692·3 marek kosztów, 2 metry kw. budynków i 2·3 m. kw. ogrodów i podwórzy.

Przyznać należy, że pomimo ogromnego wzrostu ludności w Berlinie w ostatniém dziesięcioleciu, liczba szkół bynajmniéj nie pozostała w tyle. I tak, w grudniu 1871 na 826,341 mieszkańców posiadał Berlin 16 szkół wyższych męskich (gimnazyjów klasycznych i realnych), czyli 1 szkołę na 51.646 mieszkańców. W 9 lat później mieszkańców było już 1,123.330, czyli wzrost wynosił 295.989, zarazem jednak liczba szkół wyższych powiększyła się o 6, tak, że obecnie wypada 1 szkoła na 51,012 mieszk., a zatém stosunek tych szkół do ludności prawie nie uległ zmianie. Nie mniejsze téż było staranie o szkoły gminne i pospolite, czyli t. zw. elementarne. Rysunków i fotografij rzeczonych szkół jest na wystawie dwanaście. Zajmują one 31.230 metr. kw., z czego tylko 8.766 m. kw. jest zabudowanych, przeważną zaś resztę 22.464 m. kw. zajmują podwórza i ogrody. Zakłady te mieszczą 12.413 uczniów; koszta budowy wynosiły 2,034.431 marek, a na jednego ucznia przypada 164 marek, 0·7 m. kw. budynków i 1·9 m. kw. ogrodów. Jeżeli się rozpatrzymy w tych pozycyjach, natenczas dziwićbyśmy się mogli, dla czego na każdego ucznia gimnazyjalnego przypada 2 m. kw. przestrzeni zabudowanéj, gdy tymczasem na ucznia szkół pospol. tylko 0·7 m. kw.! Nie pochodzi to jednak bynajmniéj z téj przyczyny jakoby uczniów szkół ludowych miano z góry skazywać na mniejszą przestrzeń kubiczną powietrza, niż gimnazyjalistów. Różnica ta ma swą przyczynę jedynie w tém, że w gimnazyjach i w ogóle w szkołach wyższych niezbędne są dla korzyści naukowéj uczniów sale przeznaczone na zbiory przyborów chemicznych, fizycznych, gabinety i księgozbiory. Co do stosunku szkół gminnych do ludności, to przedstawia się on nawet lepiéj, niż gimnazyjów. I tak w r. 1871 i następnych było w Berlinie 72 szkół tégo rodzaju na 48.000 dzieci w wieku szkolnym; obecnie jednak można widzieć na wystawie plany szkół gminnych oznaczone liczbami porządkowemi 100, 101, 102 itd., nawet 128! A zatém i tutaj liczba szkół nie pozostała w tyle za liczbą ludności.

Wracając do higijeny szkół zaznaczyć należy, że oprócz wentylacyi, opalania i innych zadań, które wspólne są wszystkim w ogóle mieszkaniom, istnieją liczne kwestyje, które wyłącznie szkół dotyczą. Do najważniejszych należą bez żadnéj wątpliwości: światło i ławki. Wadliwe oświetlenie i nie-

właściwa budowa ławek są główną przyczyną wzmagania się liczby krótkowidzów między młodzieżą; prócz tego ławki dają powód do rozmaitych zboczeń chirurgicznych. Są oczywiście i inne jeszcze przyczyny myopii u uczniów, jako to: niewłaściwe trzymanie się przy czytaniu i pisaniu, głównie niepotrzebne przybliżanie oczów do książki, zanadto drobny druk, w szkołach niemieckich prócz tego alfabet gotycki, o têm jednak będzie mowa na miejscu właściwém.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Komisyja sanitarna krakowska odbyła w dniu 3 bm. pod przewodnictwem naprzód Prezydenta miasta Dra Weigla a następnie r. m. Dra Warschauera posiedzenie, na którém r. m. Dr. Domański odczytał imieniem podkomisyi złożonéj z niego, prof. Dra Karola Olszewskiego i fizyka miasta Dra Buszka wypracowany przez siebie projekt do pisma, które w sprawie wodociągowéj ma Komisyja sanitarna przedłożyć Radzie miejskiéj. W têm piśmie obszerném zwraca referent uwagę Rady miejskiéj na konieczność zaprowadzenia w Krakowie wodociągów, jako niezbędnéj dla poprawy zdrowia publicznego reformy sanitarnéj, omawia stosunki zanieczyszczenia gruntu miejskiego materyjami organicznemi, wykazuje przyczyny tego zanieczyszczenia, przytacza dowody z rozbiorów chemicznych wody studziennéj dokonanych przez prof. Olszewskiego i p. Trochanowskiego i wskazuje na wodociągi, jako najlepszy środek nie tylko do rozrzedzania i spławiania nieczystości miejskich a têm samém czynienia ich jak najrychléj nieszkodliwemi, ale zarazem zapewnienia ludności czynnika, bez którego ustrój ludzki i zwierzęcy istnieć nie może i zastępowanie którego innemi napojami, mianowicie wyskokowemi, pomijając stronę ekonomiczną nie jest bez szkodliwych następstw, czego między innemi dowodzi znaczna liczba przypadków chronicznéj choroby Brighta. Ażeby wodociągi odpowiadały swemu celowi lekarskiemu, potrzebują prowadzić wodę należytych przymiotów fizycznych i chemicznych, w ilości należytéj i z należytém ciśnieniem a zarazem winny dawać zupełne rękojmie trwałości. Po zastanowieniu się w ogólności nad temi koniecznemi przymiotami dobrych wodociągów dochodzi referent do wniosku, że jedynie źródła regulickie odpowiadają zupełnie wszelkim słusznym wymaganiom sanitarnym i kończy stósownemi wnioskami Radzie miejskiéj ze strony Komisyi sanitarnéj przedłożyć się mającemi. W długiéj dyskusyi, w któréj prawie wszyscy obecni brali udział, zgodzono się całkiem na wywody referenta, poparte energicznie przez Prezydenta miasta, postanowiono uzupełnić je kilkoma uwagami i bezzwłocznie przedłożyć Radzie miejskiéj. Następnie fizyk miasta Dr. Buszek uwiadomił zgromadzonych, że stan zdrowia publicznego w Krakowie jest obecnie dobry, i że mianowicie przypadki czerwonki są znacznie rzadsze niż w innych latach i przebiegają zazwyczaj pomyślnie. W końcu doniósł r. m. Dr. Domański, iż zwiedził dokładnie w celach lekarskich wystawę higijeniczną w Berlinie i zapewnił, że starać się będzie, aby postrzeżenia przy téj sposobności robione obracać, ile możności, na korzyść Krakowa.

* Zjazd 56 lekarzy i przyrodników niemieckich we Fryburgu w Bryzgowii rozpocznie się d. 18 bm.

* W r. 1881 umarło w Anglii 91 ludzi mających najmniéj 100 lat; z liczby téj było 66 kobiet. Trzech najstarszych miało po 107 lat. (*The Lancet* 4 sierpnia).

Statystyka epidemij. W tygodniu od 19—25 sierpnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 24,1. Z ospy umarło 0 (1 z. t.); z płonicy 0 (1 z. t.); z błonicy 1 (2 z. t.); z krztuśca 0 (1 z. t.); z duru brzusznego 1 (1 z. t.); z czerwonki 1 (2 z. t.); z kiły 0 (1 z. t.) z róży 1 (1 z. t.). W tygodniu od 12—18 sierpnia umarło w Londynie z ospy 2, leczyło się w szpitalach 54, świeżo zapadło 9. W Wiedniu i Murcyi umarło po 2, w Paryżu, Liwerpolu, Birmingham i Petersburgu po 3, w Pradze i Maladze po 11, w Nowym Orleanie 21, w Madrasie 20. Dur osutkowy pojawia się sporadycznie w Londynie, Petersburgu, Granadzie i Murcyi. Z cholery umarło w Aleksandryi od 20 lipca do 4 sierpnia 27, w Bombaju od 12—17 lipca 37.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 12—18 sierpnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 29,3; w Warszawie 38,7; w Wiedniu 22,1; w Budapeszcie 28,3; w Pradze 30,3; w Tryjeście 30,9; w Berlinie 27,0; w Wrocławiu 34,5; w Gdańsku 25,0; w Mnichowie 38,6; w Kolonii 22,4; w Dreźnie 25,2; w Lipsku 23,0; w Bazylei 15,9; w Brukseli 24,1; w Amsterdamie 19,5; w Hadze 30,1; w Paryżu 22,7; w Londynie 19,0; w Kopenhadze 21,8; w Stokholmie 24,7; w Chrystyjanii 18,3; w Petersburgu 28,1; w Odesie 53,3; w Wenecyi 27,8; w Bukareszcie 33,6; w Lizbonie 22,4, w Aleksandryi 48,1; w Nowym Yorku 33,4; w Filadelfii 27,1; w Bombayu 28,6; w Madrasie 34,0. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 7 września. D. 11 bm. rozpoczyna naród polski wielką uroczystość dziejową 200-tnéj rocznicy zwycięstwa Króla Jana III pod Wiedniem. Zamieszczając w łamach pisma naszego ten fakt wiekopomny, czynimy to z tytułu wszechświatowéj i cywilizacyjnéj doniosłości, jaką miał dla oświeconych narodów Europy pogrom Turków pod Wiedniem. Pod murami stolicy Habsburgów nie rozstrzygała się sprawa sąsiedzkiego zatargu, walka o skrawek ziemi lub szczyptę władzy, nie była to wojna dwóch rządów czy narodów, lecz walka światła z ciemnotą, ducha z materyją. Gdyby Wiedeń był uległ zastępom Kara Mustafy, topor i pochodnia, które zniszczyły dorobek duchowy Aleksandryi, Aten i Bizancyjum, zawisłby nad kulturą zachodniéj Europy. Ta Opatrzność, która dała siłę Dawidowi do zwalczenia Golijata, powołała naród polski do dopełnienia naczelnéj roli w tym wielkim dziejowym i cywilizacyjnym fakcie. Dziełem więc sprawiedliwości historycznéj, ażeby nie tylko naród we wszystkich swych warstwach, lecz w pierwszym rzędzie ciała i instytucyje naukowe złożyły uroczysty hołd w 200-tną rocznicę wielkiego czynu, tak Królewskiemu Wodzowi, jak i temu rycerstwu, które dopełniwszy wiekopomnego bohaterstwa, wpisało naród polski w nieśmiertelną księgę dobrze zasłużonych ludzkości.

* Prof. Mikulicz zawiadamia nas, że d. 10 bm. powróci do Krakowa.

* Według nadesłanych nam wykazów do d. 30 sierpnia bawiło w Cieplicach gości kąpielowych 8.816.

* Powszechnie znany właściciel klimatycznego zakładu w Görbersdorfie Dr. Brehmer wypowiedział na XI Zjeździe lekarzy szląskich swoje zdanie o zaraźliwości suchot płucnych; twierdził on, że w zakładzie jego leczyło się 12.000 suchotników, a pomimo téj poważnéj liczby ani jeden przypadek udzielenia się suchot płucnych mieszkańcom Görbersdorfu lub posłudze zakładu nie był spostrzegany. (*Der Badearzt* 7 sierpnia).

* P. Peek, kurator jednéj szkoły narodowéj w Anglii, nabrawszy przekonania, że małe postępy w naukach niektórych uczniów polegają na niedostateczném odżywieniu mózgu, zaprowadził nadzwyczaj tanie objady po 25 centów na tydzień. Wynik był bardzo pocieszający: uczęszczanie uczniów do szkoły stało się pilniejsze, staranność w naukach większa, a wejrzenie zdrowsze. (*The Lancet* 4 sierpnia).

* Oczy całego świata naukowego zwrócone są na Pasteura i Kocha, dwóch wielkich badaczy i wielkich przeciwników na polu mykologii nowoczesnéj; a chociaż Pasteurowi należy się cześć początkowania na téj niwie, a doniosłość jego wynalazków jest znaczniejszą, dotychczasowe odkrycia Kocha niemniéj każą mu wróżyć wielką naukową sławę. Oto kilka dat z życia tych mężów: Koch pracując nad swemi badaniami wąglika i posocznicy mysz, był praktycznym lekarzem w małéj mieścinie Wolstein. Prof. Kohn z Wrocławia, oceniwszy wartość naukową wynalazków Kocha, namawiał go do zamieszkania w uniwersyteckiém mieście; po półroczném usiłowaniu otrzymania posady w wrocławskim Uniwersytecie zmuszony był Koch powrócić z Wrocławia do Wolstein. Po roku otrzymał Koch propozycyję dyrektora Zakładu zdrowotnego do zajęcia w nim miejsca radcy; Koch usadowiwszy się na têm stanowisku rozpoczął gorączkowo swe badania, których wynikiem było znakomite odkrycie prątków gruźliczych (*Med. News*, 23 czerwca). Pasteur kształcił się w Ecole normale; jako 26-letni mło-

dzieniec drukował już szereg artykułów o krystalografii, które mu otworzyły 1862 r. podwoje Akademii nauk. Rozbiór chemiczny winianu amonowego naprowadził go na drogę nauki o fermentacyi. R. 1857 wyszła jego pierwsza praca o fermentacyi mlekowéj, poczém następywały artykuły o fermentacyi winowéj, wyskokowéj, masłowéj, moczowéj. Wkrótce podniósł Pasteur wieloletni naukowy spór o samorodztwie (*generatio spontanea*), z którego wyszedł zwycięzko. W r, 1862 przystąpił Pasteur do badania chorób zakaźnych, lecz chwilowo zmuszony był opuścić to pole, wezwany przez rząd do wystudyjowania choroby jedwabnika; Pasteur wahał się z przyjęciem téj misyi, tłumacząc się, że nigdy jedwabnika nie oglądał; tém lepiéj odparł mu sławny Dumas: „nie będziesz Pan przesądzać sprawy zupełnie ci obcéj i gruntowniéj ją zbadasz". Po pięciu latach nietylko obie choroby jedwabnika były poznane i opisane, ale Pasteur podał radykalny środek unikania ich. Każdy wyższy umysł wytwarza naśladowców i współpracowników: pod kierunklem Pasteura pracowali i pracują z pożytkiem dla nauki Pp. Joubert, Chamberland, Roux i Thuillier. Po licznych pracach o wągliku nastąpiło odkrycie ochronnego szczepienia téj choroby, daléj idą doświadczenia nad prątkami posocznicy, cholery kur, choroby prosiąt zwanéj *rouget*, wścieklizny itd. Wyniki tych badań miały wielkie znaczenie naukowe i ekonomiczne. Dzięki Pasteurowi nie przepadły wina francuskie i jedwabnictwo; nauczył on nowego sposobu przygotowywania octu, śmiertelność bydła zmniejszył o dziesięć razy. Podług wyznania samego Listera ojcostwo leczenia przeciwgnilnego w chirurgii należy się teoryjom Pasteura. Znamienity Huxley miał zupełną racyję twierdząc, że dosyć było samych wynalazków Pasteura, ażeby módz uiścić 5-milijardowy haracz wojenny, który Francyja zapłaciła Niemcom. (*Revue scientifique* 28 lipca).

* Dr. Kartalis, lekarz szpitala greckiego w Aleksandryi ogłasza, że wynalazł we krwi cholerycznych żywe bakteryje.

* **Odznaczenie.** Radzca rządowy Dr. Zeissl, prymaryjusz szpitala powszechnego i prof. nadzw. syfilidologii w Wiedniu, przechodząc w stan spoczynku otrzymał szlachectwo austryjackie.

* **Nekrologija.** Dr. Jan Kwaśnicki, były ordynator chirurg. oddziału w szpitalu ewangelickim w Warszawie. umarł w Swidzie pod Żytomierzem, w 45 roku życia. W Zgorzelicach na Szląsku umarł d. 20 sierpnia Dr. Ritter-Rittershain, prof. pedyjatryi w Pradze. Znane są zasługi zmarłego jako specyjalisty; nadto słynął on jako gruntowny znawca starożytności.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 35: Pawińskiego: Zwężenie i zatkanie tętnic wieńcowych serca. Rupperta: Dwa przypadki przemieszczenia trzew wrodzonego, oraz teoryje powstawania tego zboczenia. (C. d.). — W *Medycynie* Nr. 35: Rumszewicza: Przyczynek do nauki o wadach rozwojowych oka. I. Przypadek wolego oka (*Megalophthalmos*).

Piśmiennictwo lekarskie. PREYER W. Elemente der allgemeinen Physiologie. Kurz u. leichtfasslich dargestellt. gr. 8. Leipzig, Grieben, M. 4.

RANVIER. École pratique des hautes études. Laboratoire d'histologie du Collège de France. Travaux de l'année 1882. Avec 5 planches. gr. 8. Paris, G, Masson. Fr. 20.

SPINA Arnold. Studien über Tuberculose. gr. 8. Wien, Braumüller M. 3.

STRÜMPEL Adf. Lehrbuch der speciellen Pathologie u. Therapie der inneren Krankheiten. 1 Bd. Mit 45 Holzschn. gr. 8. Leipzig F. C. W. Vogel M. 13.

TRIPIER A. S. l. maladies des femmes. Av. fig. 8. Paris, Doin, Fr. 10.

VOVARD. Traitement de la méningite des enfants. 8. Paris. Doin. Fr. 2.

ALBERT E. Ueber Gelenkresektionen bei Caries. gr. 8. Wien, Urban et Schw. M. 0·75.

ARCHAMBAULT et DAMACHINA. Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur un cas de paralyse spinale de l'enfance. av. 4 litogr. 8. Paris. Lauwereyns. Fr. 2½.

BERLIN R. et REMBOLD. Untersuchungen üb. d. Einfluss des Schreibens auf Auge u. Körperhaltung d. Schulkindes. M. 2 Taf. Lex. 8. Stuttgart, Kohlhammer. M. 2.40.

BERNE. Leçons de Pathologie chirurgicale générale. 2 vols. av. fig. gr. 8. Paris, Massen. Fr. 32.

BILLROTH Thdr. Die allgemeine chirurgische Pathologie u. Therapie in 50 Vorlesungen. 11 Aufl., bearb. von Alex. v. Winiwarter. gr. 8. Berlin, G. Reimer. M. 14.

BOURNEVILLE et BRICON. Manuel des injections sous-cutanées. 32. Paris, Delahaye et L. Fr. 3.

BROCA. Du lavage de l'estomac. 8 Paris, Delahaye et L. Fr 1¼.

BUCHWALD Alfr. Uroscopie. Zum Gebrauch f. Aerzte bearb. Mit 20 Abbildgn. gr. 8. Stuttgart, Enke. M. 1.60.

W zastępstwie redaktora: **Dr. A. Kwaśnicki.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla

P·zegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 15 września 1883. № 37. Rok XXII.

I. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

IX.

Śmierć z oparzenia czy z uduszenia?

Podał Prof. Dr. Blumenstok.

W nocy z 5go na 6ty grudnia umarła nagle we wsi X. gospodyni Maryja S.; wieczorem była jeszcze zupełnie zdrową a nazajutrz nad ranem zastano ją bez życia leżącą na piecu w izbie swojéj; prócz trupa nikogo niebyło w mieszkaniu, albowiem mąż denatki Fedko S. pracował dniem i nocą w gorzelni dworskiéj, około 400 kroków od chałupy odległéj. Gdy Fedkowi dano znać o śmierci żony, powrócił do domu i wyraził zdanie swoje, że Maryja musiała zaczadzić się lub sparzyć na piecu. Tymczasem sprawdzono, że sam dniem wprzódy nie kazał palić i że nawet nie było czém palić. Śmierć zaskoczyła Maryję w stanie brzemiennym a żyła ona z mężem swoim dopiero od kilku miesięcy i to w niezgodzie, ponieważ ostatni ubolewał, że żona nie wniosła mu większego posagu nad małą kwotę, ktorą w służbie zaoszczędziła była. Od razu też opinija we wsi posądziła Fedka o zamordowanie żony; posądzony wypierał się wszelkiéj winy, dowodząc, że onéj nocy wcale z gorzelni nie wychodził. Tymczasem świadek zeznał, że Fedka spotkał nad ranem, gdy jeszcze było ciemno, wychodzącego z gorzelni w kierunku ku domowi, a niedługo potém inny świadek przejeżdżający koło chałupy Fedka słyszał krzyk gwałtowny. Świadkowie, którzy pierwsi weszli d. 6 grudnia zrana do izby, podali, że dotykając się trupa przekonali się, iż suknie na nim były jeszcze wilgotne.

S e k c y j a sądowa, odbyta d. 8 grudnia przez Dra A. i chirurga B., wykazała co następuje:

I. O g l ę d z i n y z e w n ę t r z n e: 1) Zwłoki kobiety młodéj, 20 i kilka lat liczącéj, wzrostu średniego, dobréj budowy ciała, miernego odżywienia. 2) Skóra na przednich częściach blada, na bocznych i tylnych pokryta plamami pośmiertnemi. Wzdłuż przebiegu żył, zwłaszcza na odnogach górnych, s i n e s m u g i. Brzuch wysklepiony, zwłaszcza dolna połowa tegoż. Skóra brzucha fijoletowo zabarwiona. 3) Twarz pokryta zeschłą krwią, po obmyciu któréj okazują się następujące oznaki: Na czole poniżéj guza czołowego prawego znajduje się miejsce wielkości 20-centówki ugniecione, sino-niebiesko zabarwione, przy dotyku pergaminowato twarde. Skóra w tém miejscu ponad wysokością przesuwalna. Skóra przecięta w tém miejscu okazuje podbiegnięcie krwi w tkance skórnéj i w tkance podskórnéj. 4) Na zewnątrz obok poprzedniego sińca znajduje się takiż sam siniec wielkości grochu. 5) Po nad łukiem brwiowym prawym znajduje się ranka powierzchowna, pokryta zaschłą krwią, ranka ta biegnie ukośnie od zewnątrz i góry ku wewnątrz i dołowi, $1\frac{1}{2}$cm. długa a $\frac{1}{2}$cm. szeroka, skóra naciśnięta w tém miejscu, okazuje podbiegnięcie krwi w tkance podskórnéj. 6) Powieka górna prawa lekko obrzękła; w okolicy kąta zewnętrznego oka prawego znajduje się siniec podługowaty wielkości fasoli, barwy sino-czerwonéj, skóra w okolicy sińca i tkanka podskórna zawierają drobne wybroczyny krwi. 7) Nos przypłaszczony, grzbiet nosa oraz cała lewa strona sino zabarwiona. Na grzbiecie nosa blisko końca tegoż znajduje się rana powierzchowna wielkości soczewicy, pokryta zeschłym przyskórkiem. Na skrzydle nosowém lewém znajduje się takaż sama ranka. Skóra nacięta w kilku miejscach na nosie okazuje się podbiegnięta krwią. 8) Wargi lekko obrzękłe, błona śluzowa tychże ciemno-sino zabarwiona, dziąsła również sine. Zęby zaciśnięte, koniec języka oraz część prawego brzegu ściśnięta między zębami. 9) Na prawéj stronie klatki piersiowéj w linii sutkowéj i w okolicy 6go i 7go żebra znajduje się siniec wielkości reńskiego srebrnego, nieregularny, blado-sino-czerwono zabarwiony. Skóra pod sińcem podbiegnięta krwią. 10) W okolicy wyrostka kończystego kości łokciowéj lewéj, znajduje się siniec wielkości fasoli, pokryty pergaminowato twardym

przyskórkiem. W samym środku zewnętrznéj strony stawu nadgarstkowego znajduje się takiż sam siniec. Skóra w okolicy obu tych sińców jest krwią podbiegnięta. 11) Palce obu odnóg górnych są zgięte, zwłaszcza w stawach 2gim i 3cim z trudnością dadzą się sprostować, podczas gdy w innych stawach odnóg górnych stężenia nie ma. 12) Przodkowa oraz zewnętrzna strona uda i podudzia prawego żywo czerwono zabarwione, na jednéj stronie uda począwszy od pachwiny aż do kolana jest przyskórek pomarszczony i z łatwością całemi płatami daje się zdjąć, w środkowéj zaś części skóra uda jest przyskórka pozbawioną i pergaminowato twardą. Zewnętrzna i przodkowa strona podudzia prawego pokryta przyskórkiem pomarszczonym z łatwością dającym się zdjąć, po odjęciu którego okazuje się skóra żywo czerwono zabarwiona. 13) Zewnętrzna połowa grzbietu stopy pokryta pomarszczonym przyskórkiem, dającym się zdjąć płatami a skóra w tém miejscu jest żywo czerwono zabarwioną. 14) Przodkowa i wewnętrzna powierzchnia uda lewego, okolica kolana oraz przodkowa i wewnętrzna powierzchnia podudzia lewego są żywo czerwono zabarwione, w środkowéj części uda znajduje się pęcherz wielkości połowy dłoni, zawierający jasny płyn surowiczy; przyskórek na całéj powierzchni zaczerwienionéj pomarszczony z łatwością daje się ściągnąć, skóra pod przyskórkiem żywo czerwono zabarwiona. 15) W środkowéj części podudzia lewego na przodkowéj stronie znajduje się rana powierzchowna podłużna 3cm. długa, $^1/_2$cm. szeroka, po odjęciu któréj pokazuje się powierzchnia utrata skóry, tkanka podskórna w téj okolicy krwią podbiegła. 16) Stopy w stawie skokowym ku wewnątrz silnie zgięte z trudnością dają się wyprostować, sztywności w stawach biodrowych nie ma, a w stawach kolanowych jest tylko mała sztywność. 17) Okolica otworu stolcowego kałem miazgowatym zawalana; oba pośladki również grubą warstwą kału pokryte.

II. Oględziny wewnętrzne. 18) Kości czaszki grube zbite, nieuszkodzone. W miejscach odpowiadających sińcom opisanym pod 1, 3, 4 i 5 nie ma ani na okostnéj, ani na kości żadnych zmian. 19) Opony silnie przekrwione, naczynia ich silnie krwią przepełnione, mózg na przekroju okazuje liczne punkty krwawe, istota rdzeniowa od korowéj dokładnie odgraniczona. Komórki mózgowe prawidłowe, naczynia komórek silnie przekrwione. 20) Po odsłonięciu z części miękkich klatki piersiowéj okazuje się okolica 7go żebra, 7go przetworu międzyżebrowego i 8go żebra silnie krwią podbiegnięta w rozległości małéj dłoni. Podbiegnięcie to rozciąga się na tkankę łączną podskórną i sięga aż do okostnéj żeber. 21) Po otwarciu klatki piersiowéj przedstawiają się płuca wypełniające klatkę piersiową. Powierzchnia płuc gładka, pod opłucną znajdują się liczne plamki ciemno-wiśniowéj barwy od wielkości maku do wielkości soczewicy. Płuca na przekroju wydzielają ciecz pienistą w miernéj ilości. 22) W worku osierdziowym znajduje się do 20 gramów cieczy surowiczéj jasnéj. Miąższ serca wiotki, kruchy, w komórkach obu i w przedsionkach znajduje się znaczna ilość krwi gęstéj, ciemnéj na pół skrzepłéj. 23) Wątroba duża, torebka gładka, miąższ wątroby kruchy, łatwo rozdzierający się, połyskujący, żółto-brunatno zabarwiony, zraziki niewyraźne. 24) Śledziona mała, torebka pomarszczona, miąższ śledziony szaro-brunatno zabarwiony, nadzwyczaj kruchy. 25) Żołądek wiotki zawiera mierną ilość miazgi pokarmowéj złożonéj przeważnie z kartofli pieczonych z łupinami. Zapcha wyskoku dość wyraźnie czuć się daje. Błona śluzowa żołądka miejscami zwłaszcza w dnie drzewkowato nastrzyknięta. 26) Jelita gazami wzdęte. Błona śluzowa jelit cienkich, zwłaszcza w części środkowéj jelit, znacznie nastrzyknięta. 27) Macica wielkości głowy dziecka kilkuletniego zawiera w sobie płód płci żeńskiéj 33cm. długi połączony pępowiną z łożyskiem. 28) Obie nerki prawidłowéj wielkości, torebka z trudnością schodzi, powierzchnia nerek silnie drzewkowato nastrzyknięta, na przekroju istota korowa znacznie przekrwiona.

Na podstawie wyniku sekcyi pp. znawcy wydali następujące orzeczenie:

Przyczyną śmierci denatki było oparzenie ukropem, za tém przemawiają zmiany zewnętrzne, opisane pod l. 12, 13, 14, 15, przekrwienie mózgu, nerek i jelit, kruchość serca, wątroby i śledziony, wreszcie krew na pół skrzepła w obu komórkach sercowych. Ponieważ znaki oparzenia tego stopnia, które się za życia jako zaczerwienienie skóry przedstawiają, po śmierci znikają po większéj części, przypuścić należy, że u denatki znacznie większa przestrzeń skóry uległa oparzeniu, aniżeli to przy sekcyi stwierdzono. W tym więc przypadku więcéj niż $^1/_3$ część całéj przestrzeni skóry została oparzoną, a oparzenia takie są prawie zawsze śmiertelnemi.

Śmierć po oparzeniu tak znacznéj przestrzeni skóry może nastąpić i w kilka godzin. Jeżeli Maryję S. widziano d. 5go wieczór gotującą a znaleziono ją d. 6go, więc między oparzeniem a śmiercią upłynęło kilkanaście godzin, a śmierć u Maryi S. tém prędzéj mogła nastąpić, gdyż nie miała żadnego ratunku, znajdowała się w izbie małéj, któréj temperatura była skutkiem palenia w piecu wysoką i leżała na piecu gorącym.

Znaki uszkodzenia opisane pod l. 3, 4, 5, 6, 7, 9 i 10 są wszystkie lekkiemi i żadna z nich ani wszystkie razem wzięte nie były przyczyną śmierci, ani też nie przyspieszyły téjże. Czy uszkodzenia te zdziałane zostały przez drugą osobę, czy też powstały przez upadnięcie lub uderzenie się Maryi S. o jaki twardy przedmiot, tego orzec nie możemy. Ponieważ jednak w oparzeniach rozległych chorzy po pewnym czasie tracą przytomność, rzucają się, a wreszcie dostają drgawek, przeto możebném jest, że Maryja S. przy takiém rzucaniu się lub drgawkach tych uszkodzeń doznała. Czy Maryja S. sama na piec po oparzeniu wyszła, czy też przez drugą osobę wyniesioną została, tego również stanowczo orzec nie można. Wprawdzie Maryja S. wychodziła na piec, gdyż rana na udzie ma wejrzenie takie, jakby powstała przez otarcie o twardy przedmiot, a właśnie podczas wychodzenia na piec przez opieranie się nogą o krawędź pieca mogło nastąpić. Wreszcie znanym jest zwyczaj u ludu naszego, że chory kładzie się na piec.

Na dalsze zapytania sędziego śledczego, czy w danym razie mogła nastąpić śmierć Maryi S. wskutek zaczadzenia, daléj czyli znawcy wykluczają uduszenie, czyli jedyną i bezpośrednią przyczyną śmierci było oparzenie ukropem i czyli wreszcie takie oparzenie może wywołać w tak krótkim czasie śmierć? znawcy odpowiedzieli: Śmierć skutkiem zaczadzenia stanowczo wykluczyć możemy a to dla braku objawów pośmiertnych charakterystycznych. Śmierć skutkiem zadzierzgnięcia również z powodu braku znaków zewnętrznych wykluczyć można. Innego rodzaju uduszenia nie można stanowczo wykluczyć, za niém przemawiają bowiem po części znaki znalezione na nosie oraz na wargach, znaki te jednak mogły powstać i w ten sposób, że Maryja S. w ostatnich chwilach życia leżała twarzą do pieca a więc

znaki na nosie mogły powstać przez przygniecenie nosa do pieca ciężarem głowy a zasinienie warg można uważać jako opadowe powstałe po śmierci. Na ostatnie pytanie już odpowiedzieliśmy poprzednio.

Dla ważności przypadku Sąd zażądał opinii Wydziału Lek. przesyłając wszystkie akta śledcze; orzeczenie nasze opiewało w tym przypadku jak następuje:

1) Z protokołu sekcyjnego wynika, że bezpośrednią przyczyną śmierci Maryi S. był ostry obrzęk płucny.

2) Obrzęk ten, jak niemniéj wynaczynionki podopłucnowe, przekrwienie trzew, przepełnienie krwią serca, zaklinowanie języka, oraz brak zmian w inny sposób śmierć szybką osoby poprzednio zdrowéj tłumaczyć mogących, przemawiają zatém z największém podobieństwem do prawdy, że śmierć Maryi S. nastąpiła skutkiem uduszenia, które wywołane zostało przez osobę drugą, albo przez ucisk wywarty na klatkę piersiową, za czém przemawiać się zdaje siniec na klatce piersiowéj znaleziony, albo przez zatkanie ust i nosa, za czém znów przemawiają obrażenia na twarzy opisane.

3) Śmierć z uduszenia nie nastąpiła atoli bardzo prędko, albowiem przeciw temu przemawia właśnie wytworzenie się obrzęku płucnego i krew nieco skrzepła w sercu; a oblanie ukropem nastąpiło w każdym razie za życia, ale najprawdopodobniéj wtedy dopiero, gdy Maryja S. była już bezbronną lub nieprzytomną, skoro odzieży ukropem nasiąkłéj nie zrzuciła ze siebie.

4) Ostatnia okoliczność przemawia zarazem za tém, że i oparzenie ukropem nastąpiło przez osobę drugą, albowiem trudno przypuścić, aby Maryja S., gdy sama się była oparzyła, miała pozostać w odzieży wilgotnéj a gorącéj.

5) Oparzenie to jednak, na które pp. obducenci główny kładą nacisk, w istocie w danym przypadku podrzędną odgrywa rolę. Jakkolwiek bowiem przypuszczenie ich, że oprócz zmian znalezionych przy sekcyi mógł istnieć jeszcze rumień na większym obszarze, który ustąpił po śmierci, nie jest bezzasadném, to jednak niepodobna oprzeć zdania o obszarze oparzenia na tym przypuszczalnym tylko rumieniu; a zresztą, choćby i trzecia część powierzchni ciała była zajętą oparzeniem 1go i 2go stopnia, to i w takim razie nie nastąpiłaby jeszcze śmierć w parę zaledwie godzin, a że tak było, za tém przemawiają zeznania świadków i wilgotność odzieży na trupie.

6) Oparzenie więc mogło ostatecznie przyspieszyć śmierć, ale samo jéj nie wywołało. Najprawdopodobniéj miało ono służyć sprawcy śmierci Maryi S. na to, aby odwrócić uwagę od duszenia a upozorować przypadkową lub samobójczą śmierć z oparzenia.

7) Obrażenia na twarzy i klatce piersiowéj niewątpliwie powstały także za życia Maryi S. i najprawdopodobniéj pozostawały w związku z duszeniem; same przez się atoli są obrażeniami lekkiemi. Jeżeli jednak co do obrażeń twarzy nie można wykluczyć możności, że one powstały skutkiem upadnięcia, to siniec na klatce piersiowéj, połączony z obfitém wynaczynieniem krwi, przemawia za uderzeniem przez osobę drugą i to za pomocą narzędzia tępego, jak np. pięści lub kolana i dostarcza dowodu, że Maryja S. niewątpliwie gwałtu doznała.

Przypadek powyższy był istotnie trudnym do ocenienia i nie mamy za złe pp. obducentom, że popadli w błąd, łatwy do wytłumaczenia. Mieli oni niewątpliwie przed sobą śmierć gwałtowną, sądząc po nagłém zejściu osoby młodéj i po śladach obrażenia; wykluczywszy zaś słusznie śmierć z zaczadzenia wzięli za podstawę orzeczenia swego zmiany wywołane przez oparzenie, które niewątpliwie miało miejsce i to za pomocą płynu gorącego, jak tego dowodziła wilgotność odzieży na trupie. Jednak wilgotność ta właśnie przemawiała za tém, że oparzenie musiało nastąpić na kilka zaledwie godzin przed odkryciem trupa, co téż najzupełniéj licowało z czasem, o którym widziano Fedka wychodzącego z gorzelni i słyszano krzyk w chałupie; od tego czasu aż do chwili odkrycia trupa nieupłynęło więcej niż 3—4 godzin. Tę okoliczność pp. obducenci spuścili z uwagi i przez to w błąd popadli. Już do tłumaczenia śmierci z oparzenia musieli uciec się do przypuszczenia, że rumień znaleziony przy oględzinach był zrazu rozleglejszym; jeżeli zaś przypuszczenie to było dozwolone, ponieważ jest zgodne z doświadczeniem, to jednak niewolno przypuszczenia uważać za pewnik, służyć mający jako uzasadnienie orzeczenia. Znów więc mamy wniosek mylny wysnuty z premisy możebnéj. Jeżeli zaś wniosek taki ostać się nie mógł, to nadto orzeczenie, że śmierć nastąpiła z oparzenia więcéj niż $\frac{1}{3}$ powierzchni skóry, utrzymać się nie dało i z powodu, że oparzenie takie, jakkolwiek rzeczywiście najczęściéj jest śmiertelném, przecież nie pociąga za sobą śmierci w przeciągu 3—4 godzin. Z tego więc powodu należało szukać przyczyny śmierci gdzieindziéj, a oparzeniu, którego ślady rzeczywiście przy sekcyi znaleziono, przyznać znaczenie podrzędne. Otóż oświadczyliśmy się za śmiercią z uduszenia, za którém w istocie wszystko przemawiało; jednak nie mogliśmy orzec stanowczo, ponieważ zmiany wewnętrzne, o uduszeniu świadczyć mające, nie są wybitnemi, a wtedy tylko uprawniają do orzeczenia stanowczego, jeżeli obok wykluczyć się dającéj wszelkiéj innéj przyczyny śmierci znajdujemy zmiany zewnętrzne charakterystyczne; tych jednak w naszym przypadku nie było, gdyż tak obrażenie twarzy jak siniec na klatce piersiowéj, jakkolwiek każde z nich odnieść można do duszenia, przez zatkanie ust i nosa lub ucisk wywarty na klatkę, nie były tak wybitnemi, aby stanowczo dowodziły gwałtu jednego lub drugiego. To téż poprzestać musieliśmy na wydaniu orzeczenia nie bezwzględnie pewnego i sądzimy, że i przypuszczenie nasze było uzasadnioném, że oblanie ukropem miało na celu upozorowanie śmierci przypadkowéj lub samobójczéj. Co do ukropu, którego w pomieszkaniu denatki nie było, wykazało śledztwo, że takowy mógł przynieść ze sobą obwiniony z gorzelni, gdzie wody wrzącéj zawsze w kotle było podostatkiem.

II. Z kliniki chirurgicznéj prof. Dra Mikulicza w Krakowie.

Przyczynki do Chirurgii.

X.

Dwa przypadki osteoplastycznéj resekcyi stopy według własnéj metody.

Napisał prof. Dr. J. Mikulicz.

(Dokończenie. Patrz Nr. 36).

Trzy opisane przypadki nie są wcale dostatecznemi do stwierdzenia użyteczności resekcyi osteoplastycznéj w ogóle, a w szczególności jako zabiegu operacyjnego w próchnieniu kości, przemawiają jednak stanowczo na korzyść téj operacyi, a to z kilku względów. Zdaniem mojém należy tutaj

uwzględnić trzy okoliczności, a mianowicie: 1) znaczenie tego zabiegu jako zranienia; 2) ważność jego jako środka ku wyleczeniu gruźlicy miejscowéj i 3) użyteczność odnogi operowanéj.

Zanim zastanowimy się nad ostatnią z wyliczonych, winniśmy pomówić o dwóch pierwszych okolicznościach i dowieść, że przypadki przytoczone przemawiają z tych dwóch względów stanowczo na korzyść resekcyi osteoplastycznéj. Wynik operacyi był w tych przypadkach tak co do przebiegu gojenia się rany, jak niemniéj co do wyleczenia miejscowéj gruźlicy zupełnie zadowalającym; w każdym z nich goiła się rana przez rychłozrost (w moich dwóch przypadkach pod dwoma opatrunkami); dopóki chorzy pozostawali pod obserwacyją (przez 9, $2^1/_2$ i 3 miesiące), nie odnowiła się sprawa gruźlicza w miejscu operowaném, jakkolwiek w moim pierwszym przypadku zmarła chora późniéj z gruźlicy płuc; w przypadku drugim była sprawa chorobowa tak rozległą, że nawet powierzchnie przepiłowanéj kości sześciennéj i czółenkowatéj należało wyskrobać. Zwracam szczególną uwagę na tę okoliczność, sądzę bowiem, że jakkolwiek ten zabieg operacyjny nazwałem resekcyją, jest on jako środek do leczenia miejscowéj gruźlicy więcéj zbliżonym do amputacyi z tego mianowicie względu, że się w największéj liczbie przypadków operuje w tkankach zdrowych i otrzymuje powierzchnie rany równe, zupełnie przydatne do zagojenia się przez rychłozrost; ze względu na dostępność pola operacyjnego i możność dokładnego zbadania miejsc schorzałych przewyższa ona inne resekcyje, może przeto być wykonywaną w takich przypadkach, w których zazwyczaj bezwarunkowo amputowano (np. w przypadkach gruźlicy płuc, złego stanu odżywienia lub podeszłego wieku). Zdarzy się zapewne, że w przypadkach, w których sprawa sięga np. wysoko w kości goleniowéj, wypadnie wykonać tę operacyję chociaż już podczas saméj operacyi lub późniéj okaże się, że zabieg ten nie osięgnął pożądanego skutku, gdyż sprawa na nowo się rozwinęła; ale tego rodzaju ujemny wynik zdarza się nam czasem po operacyi Pirogowa, którą wykonywamy w przypadkach zmian rozległych w nadziei, że przecież uda się nam ocalić choremu kikut przydatny do chodzenia. Sam byłem w têm położeniu w Czerwcu rb., że resekcyję osteoplastyczną już na ukończeniu musiałem przerwać i przystąpić do amputacyi podudzia. Operowałem właśnie kobietę w wieku podeszłym, cierpiącą na nader rozległe zniszczenie gruźlicze kości śródstopia, okolicy stawu skokowego i dolnéj części kości goleniowéj. Wypadało odjąć około 4 cm. z kości goleniowéj i strzałkowéj, granulacyje gruźlicze sięgały aż do ścięgien wyprostnych za pośrednictwem mostka łączącego, chcąc tedy usunąć wszystko aż do tkaniny zdrowéj, nie mogłem zapobiedz zranieniu tętnicy goleniowéj przodkowéj, przebiegającéj w pobliżu, gdy więc główna tętnica, odżywiająca przodkową część stopy, została uszkodzoną, nie miał dalszy ciąg operacyi żadnego celu.

Pod względem czynności i użyteczności odnogi operowanéj nie można wcale brać miary z przypadku pierwszego tutaj ogłoszonego. Chora mogła chodzić dobrze o kiju a z dnia na dzień zyskiwała na pewności w stąpaniu, dalszy postęp został jednak przerwany nagle w skutek zaostrzenia się dawnéj sprawy gruźliczéj w płucach obok ciąży. W drugim przypadku chodził operowany po $2^1/_2$ miesiącach tak dobrze i wygodnie przy pomocy przyrządu podtrzymującego, że chód jego można było zaledwie odróżnić od chodu człowieka zdrowego. Czy mógł późniéj chodzić równie dobrze bez przyrządu, o têm dowiedzieć się niemogłem. W przypadku Socina chodziła operowana po 3 miesiącach „bez bólu przy pomocy laski.“ I w tym przypadku wartałoby się dowiedzieć o dalszym postępie zdrowia u operowanéj.

Żadną miarą nie można na podstawie tych kilku przypadków orzekać ostatecznie o stanie czynności odnogi operowanéj według téj metody; to jednak jest już pewném, według mego zdania, że kikut po osteoplastycznéj resekcyi jest użyteczniejszym aniżeli po amputacyi po nad kostkami, dla tego téż muszę na razie ograniczyć wskazanie do téj operacyi, czy się ma do czynienia ze zranieniem, czy téż z gruźlicą miejscową lub inném schorzeniem, — do tych przypadków, w których dawniéj jedynie amputacyja była wskazaną. Wcale nie zamierzam spierać się o równą wartość mojéj operacyi z operacyją Pirogowa, lub typową resekcyją większych kości śródstopia. W przypadkach, w których według doświadczenia zrobionego na setkach, przynoszą te zabiegi operacyjne korzyść niedającą się zaprzeczyć, oddaję im zawsze pierwszeństwo, chociażby nawet były wyniki resekcyi osteoplastycznéj równie dobre. Od doświadczeń dalszych na większy rozmiar zależeć będzie, czy się rozszerzy zakres wskazań do téj operacyi czyli też nie. Być bowiem może, że operowani tym sposobem zyskają z czasem na pewności w chodzeniu tak jak po operacyi Pirogowa, a możliwém jest również, że utrzymanie palców i stawów pomiędzy stopą a śródstopiem będzie sprzyjało powstaniu pewnéj gibkości i elastyczności w chodzeniu. W takim razie możnaby się śmiało spierać o pierwszeństwo resekcyi osteoplastycznéj przed operacyją Pirogowa i innemi resekcyjami stopy.

Nakoniec jeszcze kilka uwag ze względu na technikę samego zabiegu. Stanowi niewątpliwie ujemną stronę operacyi ta okoliczność, że odnoga operowana jest o 2—4cm. dłuższą od zdrowéj. Starałem się usunąć tę niedogodność odpiłowując większe kawałki z kości sześciennéj i czółenkowatéj, udawało mi się zmniejszyć to wydłużenie, usunąć go nie byłem w stanie. W przypadku ostatnim wynosiła różnica długości obu odnóg $1^1/_2$cm.; jest to różnica, którą można bardzo dokładnie wyrównać przez podniesienie obcasa odnogi zdrowéj, tak że to będzie zaledwie widocznèm a nawet bez tego wyrównania mało wpływa to na chodzenie. Mam nadzieję, że uda się uniknąć wydłużenia odnogi. Nie używam szwów, aby spoić powierzchnie przeciętych kości. Po założeniu szwów płytkowych głębokich w sposób odpowiedni staje się szew kostny zbytecznym; dwa szwy płytkowe leżą ku tyłowi, dwa po bokach a dwa z przodu w okolicy kątów rany. Oprócz tego należy odnogę operowaną unieruchomić na szynie odpowiedniéj za pomocą opasek organtynowych; szynę należy przyłożyć do strony podeszwy, gdyż noga jest skłonną do zginania się ku podeszwie. Zmiany opatrunku unika się zazwyczaj, a po założeniu opatrunku uciskowego Neubera pozostaje odnoga aż do ukończenia gojenia w zupełnym spokoju. Noga musi się zgoić w prostém przedłużeniu kości goleniowéj a jestem przekonany, że okoliczność ta stanowi o użyteczności odnogi a nawet nieznaczne zboczenie zdolne jest upośledzić ostateczny wynik. Należy tedy poprawiać w ciągu pierwszych 4 do 6 tygodni przez stosowne opasanie, gdyby się jakieś zboczenie spostrzegło. Szczególną uwagę zwrócić nadto należy na odpowiednią porę, w któréj się wygina palce ku przodowi. Przedewszystkiém należy to uskutecznić najprzód podczas saméj operacyi; przecięte bowiem ścięgna zginaczy dozwalają zupełnego wygięcia bez

wszelkiego oporu. Jeżeli jednak zgięły się palce na nowo podczas gojenia się rany, wypada w tym razie, począwszy od 4go tygodnia, zwolna codziennie palce redresować; jeżeli zaś to postępowanie jest bolesném, to wystarcza zupełnie jednorazowe wygięcie palców podczas znieczulenia chloroformem, aby je raz na zawsze utrzymać w żądaném położeniu.

III. Wykład habilitacyjny Dra W. Jaworskiego. O powstawaniu i rozpoznawaniu rozstrzeni żołądka.

(Dokończenie. Patrz Nr. 36).

Do zabiegów mogących wpłynąć korzystnie na rozstrzeń należy elektryzowanie prądem przerywanym, stosowanym jednym biegunem na stos pacierzowy, a drugim na powłoki brzuszne. Elektryzowanie ma swoje wskazanie szczególniéj przy usposobieniu hypochondryczném. Czy faradyzowanie wewnętrznych ścian żołądka przedstawia jakie korzyści praktyczne, na to pytanie, z powodu braku klinicznego doświadczenia, trudno jeszcze odpowiedzieć.

W podobnym celu polecano mięsienie ścian brzusznych, same lub połączone z nacieraniami drażniącemi jak olejkami lotnemi, do czego może służyć następująca mięszanina: *Rp. Spir. camph.*
Spir. sinap.
Tinct. nucis vom. āā 1·0
Glycerini (v. Ol. amygd. dulc.) 10·0
M. D. S. Do użytku zewnętrznego.

Hand znów poleca ucisk palcem na nerw błędny po lewéj stronie szyi.

Daléj bywają zachwalane natryski zimne tak zwane koliste na ściany brzuszne.

Również w użyciu są plastry według przypadku drażniące lub kojące przykładane na okolicę żołądka jak:

Rp. Picis albae 6·0	*Rp. Extr. opii aquos.* 9·0
Empl. simpl. 25·0	*Resin. Elemi* 2·0
Opii pulv. 1·0	*Cerae albae* 10·0
M. f. emplastrum.	*M. f. empl. leni calore.*
D. S. Plaster.	*D. S.* Plaster.

Przy wiotkich ścianach brzusznych w celu ich ustalenia i powiększenia punktów oparcia dla ruchu robaczkowego stosowne jest noszenie opaski przewiązanéj w ten sposób, aby przez silniejszy nacisk na okolicę żołądka wcisnąć ją nieco pod łuk żebrowy. Niektórzy lekarze za korzystne uważają zmaczanie końca opaski przylegającego bezpośrednio na skórę w rozczynie zgęszczonym soli kuchennéj.

W rozstrzeni żołądka miernego stopnia, jakotéż po stosowaniu leczenia wewnętrznego w okresie polepszenia z korzyścią stosuje się, jako dalszy ciąg terapii, leczenie zdrojowe dla silniejszych pacyjentów w Karlsbadzie, dla bardzo wyniszczonych w Kisyndze, niekiedy w zakładach wodoleczniczych, a nawet w miejscach klimatycznych w wysokich górach położonych, w których wielka i nagła zmiana atmosferyczna działa pobudzająco na wszystkie czynności ustroju.

Najważniejszym może momentem w leczeniu rozstrzeni żołądka jest dobór stosownych napojów i pokarmów, co w ogóle napotyka na bardzo wielkie trudności, i wyczerpuje nieraz cierpliwość tak pacyjenta jakotéż i lekarza. Pokarmy mają tu bowiem wielu warunkom zadość uczynić. W żołądku rozszerzonym wydziela się znaczna ilość płynu, treść się w nim zatrzymuje, ulega rozkładowi, następuje nieznośne odbijanie; ściany żołądka, będąc w stanie nieżytu, są często bolesne, chory nie ma łaknienia, a odżywienie podupada. Wszystkie te okoliczności należy przy podawaniu napojów i pokarmów uwzględnić. To téż lekarz powinien dokładnie znać zastosowanie się różnych pokarmów w żołądku, aby przez polecenie mylnéj dyjety stanu chorego nie pogorszyć.

Co się tyczy napojów, to pomimo znacznego pragnienia, nie można choremu dozwolić używania większych ilości piwa, mleka, kawy, herbaty, a nawet zwyczajnéj wody. Bartels wywołał kilkakrotne polepszenie rozstrzeni po stosowaniu żywienia według metody Schrotta. Ja uważałem, że chorzy z rozstrzenią żołądka znoszą z napojów jeszcze najlepiéj wodę sodową samą lub z winem węgierskiém miernie kwaśném, jakotéż polewkę winną. Co do pokarmów, to nieraz z powodu wstrętu do jadła trudno choremu racyjonalną dyjetę przepisać. Wykluczyć zawsze należy z rzędu pokarmów dozwolonych: owoce, cukry, większą część pokarmów skrobiowatych, tłuszcze, mięsa tłuste, jak wieprzowinę, baraninę, wędliny. Natomiast zostają do polecenia pieczenie: z drobiu, z cielęciny lub młodéj wołowiny, dziczyzny; szynka chuda, jaja miękkie i potrawy, w których przeważną część stanowią jaja. Dla odmiany poleca się choremu pieczenie ze sosami lub potrawki, przez co pragnienie się zmniejsza i omija się użycie zup. Chory spożywając jakiekolwiek mięso, nie powinien jeść kawałków skóry lub ich części ścięgnistych, jako w żołądku zupełnie nietrawionych, i tamże jako obce ciała zachowujących się. Rozpowszechniona jest obawa, nie zupełnie uzasadniona, przed tak zwanemi przyprawami korzennemi. Przeciwnie w rozstrzeni żołądka, jeżeli tylko treść nie jest zbyt kwaśną, a odbijań smaku kwaśnego nie ma, należy użyć przypraw podrażniających, które przyspieszają czynność trawienia, pobudzają łaknienie, a równocześnie działają przeciwgnilnie. Dla tego téż polecać trzeba choremu pieczeń dobrze przysmażaną, sosy zaprawiane, a nawet użycie musztardy może się okazać korzystném. Rozumie się samo przez się, że spożywanie pokarmów powinno się odbywać tylko w małéj ilości, natomiast kilka razy dziennie, najstosowniéj co trzy godziny, a w razie przepłukiwania żołądka zawsze po niém.

W przypadkach jednak, w których pokarmy w żołądku wcale przetrawiane (peptonizowane) nie bywają, poleca Leube *solutio carnis*, któryto przetwór otrzymuje przez gotowanie mięsa w kotłach zamkniętych z dodatkiem małéj ilości kw. solnego. Pożywka ta, któréj szczegółowy sposób przyrządzenia autor nie ogłosił, wyrabiana w Wiedniu i Berlinie, przedstawia gąszcz żółtawy, podobny do osadu tworzącego się w miodzie starym, smaku słonego i dość przyjemnego. Inni autorowie zachwalają użycie peptonów. Co do wartości tych ostatnich należy zauważyć następujące okoliczności: Peptony sąto ciała białkowate, które jeszcze łatwiéj ulegają gniciu, niż samo białko; ztąd téż jeżeli nie zostają w stanie świeżym użyte, nie tylko z powodu smaku i woni są dla spożywającego nieprzyjemne, ale nadto z powodu ciał rozkładowych dla ustroju szkodliwe; również trzeba pamiętać, że peptony, mając zastąpić spożywanie białka, nie są lekiem, lecz pokarmem, jak np. mięso; ztąd téż wynika, że peptony należy tylko w stanie świeżym i w dostatecznéj ilości, nie po jednéj lub dwie łyżki, jakto głoszą reklamy podawać. Jeżeli w handlu może już kilkanaście miesięcy na składzie leżące przetwory peptonowe ma lekarz stósować, to niech przynajmniéj każe je przegotować z dodatkiem dobrego rosołu lub wyciągu mięsnego Liebiga.

Jeżeli więc chory nie znosi pokarmów zwyczajnych a odżywienie coraz więcéj podupada, polecam peptony, lecz świeże, przyrządzone z mięsa w domu sposobem ogłoszonym w Przegl. Lek. z r. 1881, jakotéż w Gazecie Lekarskiéj z r. 1882. Sposób przyrządzania tego roztworu mięsnego (*solutio carnis peptonisata*) jest w krótkości następujący: 500 grm. skrobanego mięsa, wolnego od ścięgien i tłuszczu, daje się do jednego litra wody, zawierającéj 40—50 grm. kw. solnego rozcieńczonego i 0·5 grm. pepsyny. Gąszcz ten przyrządzony wieczorem, stawia się na całą noc na ciepłém (nie gorącém), miejscu. Zrana gotuje się go tak długo, aż mięso rozpłynie. Następnie przepuszcza się ciecz przez sito, dodaje stósownie do objawów chorobowych lub smaku chorego, różnéj zaprawy i albo małą ilość cukru z winem, albo mąki zaprażonéj, albo mocnego rosołu lub wyciągu mięsnego Liebiga, albo wreszcie sosu brunatnego z pieczeni, i znów z zaprawą zagotowuje; poczém zobojętnia się ostrożnie 10% rozczynem sody tak długo, aż smak pozostaje jeszcze słabo kwaskowaty. Mięsna ta polewka tylko w stanie ogrzanym i przy zachowaniu jeszcze smaku kwaskowatego jest dla większéj części pacyjentów przyjemną do spożycia, i w tym stanie najstósowniéj jéj użyć; może jednak lekarz kazać ją zobojętnić według przypadku zupełnie rozczynem sody, aż do zniknięcia smaku kwaśnego, nadto dodać przy bólach żołądka nastoju makowca, lub morfinu, a przy zaparciu stolca małéj ilości soli glauberskiéj, i nie tylko jéj używać, jako środka odżywczego lecz i leczniczego. Całkowita ilość roztworu mięsnego według powyższego przepisu utworzona, zawiera według rozbiorów chemicznych 80 grm. białka w rozpuszczeniu, a z tego 73 grm. w postaci peptonu, i może wystarczyć poniekąd do pokrycia dziennego ubytku azotu z ustroju. Roztwór mięsny należy w lecie codziennie przyrządzać, w zimie na mrozie da się przez kilka dni utrzymać; musi być jednak przed każdorazowém użyciem ogrzewany. Po żywieniu się roztworem mięsnym u chorych, którzy go znoszą, uważałem szybkie wystąpienie łaknienia i polepszenie odżywienia. Przypisuję ten pierwszy skutek obecności kw. solnego i węglowego, jakotéż bezczynności żołądka w obec przetrawionego przetworu.

Jednak i żywienie przetworami peptonowemi nie powstrzymuje upadku sił, jeżeli narząd chłonniczy przewodu pokarmowego nie funkcyjonuje lub odźwiernik mało co jest drożny. W takich przypadkach pozostaje lekarzowi jeszcze sposób żywienia przez odbytnicę; przy tém musi jednak mieć na uwadze niektóre względy fizyjologiczne: 1) Że wessalność przez błonę śluzową odbytnicy tylko dla wody, wyskoku, alkaloidów, cukru i względnie dla niektórych soli jest stwierdzoną, dla ciał białkowatych, klejowatych, skrobiowatych pozostaje sporną, a w każdym razie bardzo nieznaczną. 2) Rozczyny solne już 1% zadrażniają mocno błonę śluzową jelita i w tém zgęszczeniu wywołują rozwolnienie, nieżyt, nawet krwawienie i wcale nie ulegają wessaniu. 3) Błona śluzowa odbytnicy nie znosi stósowania obcych płynów przez dłuższy czas; bo ulega nieżytowi. 4) W celu zwiększenia wessania należy odbytnicę przed wprowadzeniem pokarmów za pomocą lawatywy z ciepłéj wody oczyścić a płyn pokarmowy jak najwyżéj, najstósowniéj za pomocą sondy żołądkowéj, wprowadzać. Do płynu pokarmowego nieco ogrzanego w razie trudnego zatrzymywania go przez odbytnicę należy dodać kilka kropel nastoju makowca, a po wprowadzeniu lawatywy otwór stolcowy ręcznikiem ucisnąć. Jako środek pomocniczy do odżywiania przez odbytnicę stósował Kussmaul z dobrym skutkiem u chorych osłabionych z rozstrzenią żołądka mięszaninę wina i rosołu w ilości po ćwierć litra kilka razy dziennie. Leube zachwala użycie lawatyw trzustkowych, przyrządzonych ze 150 grm. mięsa siekanego, 50 grm. trzustki wieprzowéj z dodatkiem 100 grm. wody ciepłéj; cała ilość gąszczu ma być na jeden raz do odbytnicy wprowadzoną. Dujardin-Beaumetz, dziwnym sposobem radzi wprowadzać do odbytnicy mięszaninę wymiocin i białka z jaja. Wątpić jednak należy, aby rozłożona treść żołądka rozszerzonego mogła dobry skutek w jelicie wywołać. Z doswiadczeń fizyjologicznych szczególniéj Latschenbergera i Czernego wypada, że najstósowniejsza mięszanina do żywienia *per rectum* powinna się składać z bitego białka kurzego, z dodatkiem wody, cukru, wina, oliwy i kleiku skrobi. Mosler zaleca znów użycie bitéj krwi. Ostatecznie i lawatywy peptonowe przez wielu lekarzy bywają zachwalane. Muszę jednak przestrzedz przed użyciem peptonów handlowych, będących w rozkładzie. Peptony te same przez się według licznych doświadczeń na psach i ludziach uskutecznionych, wywołują po dłuższém stósowaniu nieżyt odbytnicy, co przypisać będzie trzeba albo znacznéj kwasocie przetworu, albo większéj ilości soli kuchennéj, wytworzonéj podczas nieoględnéj fabrykacyi przetworu. Jeżeli przetwór peptonowy jest w rozkładzie, tém prędzéj wystąpi nieżyt, a jako ciała gnilne zawierający, wywiera niekorzystny wpływ na ustrój, i tak np. zastósowany po rękoczynach chirurgicznych, np. resekcyi odźwiernika, daje powód do podniesienia się gorączki. Chcąc więc użyć lawatyw z peptonów handlowych, należy je wprzód przegotować, a najlepiéj użyć zupełnie świeży przetwór. Wyżéj wspomniany roztwór mięsny peptonowy był w kilku przypadkach z dobrym skutkiem zastósowany do odżywiania przez odbytnicę; w jednym przypadku obficie broczącego wrzodu żołądkowego stósowano go przez dwa tygodnie aż do wyzdrowienia, a w drugim w raku odźwiernika przez pięć tygodni. Trzeba jednak w tym celu przyrządzenie roztworu peptonowego o tyle zmienić, żeby do peptonizowania użyć mniéj kw. solnego 20—25 grm. a do zobojętnienia tyle rozczynu sody, aby smak kwaśny znikł zupełnie. Roztwór bowiem kwaśny lub zawierający większą ilość soli kuchennéj, działałby podrażniająco na błonę śluzową odbytnicy, przez coby wessanie ciał białkowatych upośledzoném zostało.

LITERATURA: Schliepp: *Zur Behandlung mit der Magenpumpe. Deutsch. Arch. f. klin. Med.* XIII, 1874, p. 454. — Skjelderupp: *Primäre dilatatio ventriculi. Virch. Hirsch. Jahrb.* 1866, p. 134. — Erdmann: *Ein Fall von acuter Magenerweiterung. Arch. f. Path. u. Anat.* Bd. 43, p. 295. — Neumann: *Einige Fälle von Pylorusstenose und Magendilatation aus d. med. Klinik des Prof. Hirsch in Königsberg. Deutsche Klinik* 1861, Nr. 2. — M. Ogata: *Ueber die Verdaung nach Ausschaltung des Magens. Arch. f. Phys.* 1883, H. 1. — Leube: *Zur Diagnose und Therapie der Magenerweiterung. Deutsch. Arch. f klin. Med.* XXIII, 1879, p. 555. — Reinhard v. den Velden: *Ueber Vorkommen und Mangel der freien HCl im Magensaft bei Gastrectasie. Deutsch. Arch. f. klin. Med.* XIII, 1879, p. 368. — *Ueber die Behandlung der Magenerweiterung durch eine neue Methode mittelst der Magenpumpe von Dr. Adolf Kussmaul in Freiburg. Deutsch. Arch. f. klin. Med.* VI. 1869, p. 454. — Ziemssen: *Zur Technik der Localbehandlung des Magens. Deutsch. Arch. f. klin. Med.* Bd. X. 1872, p. 64. — Lesshaft w Petersburgu: *Ueber die Lage des Magens. und über die Beziehung seiner Form und Function. Virch. Arch. f. Path. und Anat.* 1882. Bd. 87, p. 69. — Oppolzer: *Zur Diagnostik der Magenkrankheiten. Allg. Wien. med. Zeitung.* Jahrg. 1857, Nr. 2; Jahrg. 1858, p. 216; Jahrg. 1859, Nr. 42. — Luschka: *Die Lage des menschlichen Magens. Virch. Hirsch. Jahrb.* 1869, I. p. 20. — Rosenbach: *Zur Diagnose der Magenerweiterung. Deutsch. med. Wochenschr.* 1876, 20 u. 21. — Rillet: *Mémoire sur la dilatation de*

l'estomac. Canstatt. Jahrb. 1859, III, p. 181. — Potton: Etudes et observations sur la boulimie dyspeptique. Canstatt. Jahrb. 1863, III, p. 304. — Traube: Zur Lehre von der Magenerweiterung. Deutsche Klinik 1861, Nr. 12. — Leube: Zur Diagnose der Magendilatation Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XV, 1875, p. 394. — Dr. Sig. Purjesz: Zur Diagnose und Therapie der Magenerweiterung. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 23, 1879. p. 553. — Ebstein: Ueber die Nichtschlussfähigkeit des Pylorus. Volkmann. Samml. klin. Vorträge. H. 155. — Dr. Jul. Wolff: Über die Resorptionsfähigkeit der Magenschleimhaut unter pathologischen und physiologischen Verhältnissen. Centralbl. f. klin. Med. 1882, p. 449. — Dr. Kretschy: Beobachtungen und Versuche an einer Magenfistelkranken. Deutsch. Arch. f. klin. Med. XIX. 1876. p. 527. — Dr. Jul. Uffelmann: Beobachtungen und Untersuchungen an einem gastrotomirten fiebernden Knaben. Deutsch. Arch. f. klin. Med. XX, 1877, p. 535. — Dr. Ponikło: O oznaczaniu dolnéj granicy żołądka. Przegląd Lekarski 1882, Nr. 7. — Ziemssen: Handb. d. speciell Pathol. und Ther. B. VII, 2 Hälfte 1876. — Leven: Traité des maladies de l'estomac. Paris 1879. — Dujardin-Beaumetz: Leçons de Clinique Thérapeutique. Paris 1880. — Victor Audhui: Traité de maladies de l'estomac. Paris 1883.

IV. Oceny i sprawozdania.

———

Eisenschitz: O żywieniu dzieci w przebiegu chorób gorączkowych

Nie daleko poza nami są czasy, kiedy patologowie twierdzili, że trawienie prawidłowe jest niemożliwém w przebiegu chorób gorączkowych, a to dla tego, że soki trawiące wydzielane w gorączce różnią się ilościowo i jakościowo od wydzielanych w stanie prawidłowym. Następstwem tego zapatrywania było, że dyjeta gorączkujących bywała bardzo podobną do głodzenia; chory musiał obchodzić się bez pokarmów pożywnych, one bowiem nietylko że mu nie służyły, ale nawet wzmagały rzekomo gorączkę. Dziś uległy te zapatrywania gruntownéj zmianie, a to w skutek rezultatów doświadczeń przedsiębranych przez Manasseina, Veldena, Saseckiego i Uffelmanna. Pierwszy z nich przekonał się, że zwierzęta gorączkujące trawią włóknik zupełnie prawidłowo, skoro tylko dodano do soku żołądkowego nieco kwasu, wnosi tedy, że u gorączkujących jest tylko stosunek wydzielonego kwasu do pepsynu zmieniony. Spostrzeżenie to stwierdził w parę lat późniéj Velden w klinice Kussmaula na chorym na dur brzuszny, któremu pompował sok żołądkowy, i Uffelmann na chłopcu z przetoką żołądkową. Jak się rzecz ma z trawieniem w jelicie w przebiegu chorób gorączkowych tego dotąd nikt nie badał.

E. zajmował się badaniem trawienia u dzieci w przebiegu chorób gorączkowych nietylko dla tego, że rozporządza tylko takim materyjałem chorych, ale niemniéj dla tego, że sprawa przedstawia się nieco odmiennie u dzieci i u dorosłych. Bez względu na teoretyczne rozumowanie musi lekarz częstokroć starać się odżywiać dzieci we wszystkich chorobach gorączkowych nieco dłużéj trwających z tego powodu, że powstrzymanie podawania dzieciom pokarmów łączy się u nich z niebezpieczeństwem już po krótkim czasie. Trudność napotyka się nie tyle w nieodpowiednim składzie soków trawiących, ile w oporze chorych przeciw przyjmowaniu pokarmów, temu można jednak zaradzić odpowiednim wyborem pokarmów, a błędem w leczeniu należy nazwać skazanie dziecka dłużéj gorączkującego na ścisłą dyjetę gorączkową w myśl pojęć dawniejszych. Nie podobna pominąć przy téj sposobności pewną kwestyję poruszoną ostatniemi czasy przez Senatora. Twierdzi on, że chorym z białkiem w moczu nie należy podawać pokarmów białkowych, gdyż tym sposobem zwiększa się ilość białka wydzielanego drogą moczu. Jakkolwiek prawdziwości tego twierdzenia nikt nie zaprzeczy, to z drugiéj strony wyznać należy, że dotąd brak dostatecznych obliczeń. Jakkolwiek się rzecz ma nie radzi autor wcale postępować za radą Senatora w tym względzie, gdyż doświadczenia zrobione na dzieciach z białkomoczem po płonicy przemawiają wprost przeciw takiemu postępowaniu, a niedostateczne odżywianie ścian naczyniowych i osłabienie siły serca jako następstwa niedostatecznego odżywiania muszą w tych przypadkach stanowczo zaważyć na szali.

W przypadkach błonicy, zwłaszcza z ciężkim przebiegiem, zdarza się czasem nieprzezwyciężony wstręt do jadła u dzieci, a ponieważ w tych właśnie przypadkach zależy wielce na dobrém odżywianiu radzi E. podawać pokarmy płynne a pożywne, jak mleko, białko z jaja w wodzie ocukrzonéj z dodatkiem koniaku, polewkę winną lub w rosole rozpuszczony roczyn Leube-Rosenthala wlewać przez cienki dren wprowadzony do nosa aż do gardziela, gdyż nie ma w tych przypadkach wstrętu do jadła lecz bolesność przy połykaniu wstrzymuje dzieci od jedzenia. Ten sam sposób zaleca w przypadkach porażeń mięśni połykowych.

Na znaczniejsze trudności napotyka się w tych przypadkach, w których jest sam przewód pokarmowy siedzibą zmian chorobowych. Typem téj gromady chorób jest dur brzuszny. Pewném jest, według zdania E., że dur brzuszny przebiega u dzieci w największéj liczbie przypadków bez owrzodzeń, to téż radzi autor podawać w ciągu choroby pokarmy płynne, pożywne, w okresie ozdrowienia nie radzi jednak wcale ociągać się z odżywianiem bez obawy powrotu choroby, który przynajmniéj u dorosłych zwykło się przypisywać błędom w dyjecie. Już z powodu krótszego przebiegu jak niemniéj dla tego, że nie przychodzi do owrzodzeń nie grozi dzieciom z téj strony niebezpieczeństwo.

Gorączka w przebiegu rozmaitych zapaleń żołądka i jelit nie stanowi wcale przeciwwskazania dla odżywiania dzieci, w tych przypadkach należy baczyć jedynie na sprawę chorobową miejscową, a odżywianie dzieci w tych chorobach bywa jedném z najcięższych zadań lekarza. W przebiegu chorób wymienionych spostrzegł autor gorączkę, którą udało się usunąć przepłukaniem jelita roczynem kwasu salicylowego, zdaje się więc, że pochodziła ona z nieprawidłowych spraw kiśnienia i rozkładu w przewodzie pokarmowym. Zbytecznem jest bez wątpienia przytaczać szczegółowe przepisy żywienia dzieci w przebiegu chorób gorączkowych, na sposób żywienia chorych zwykły się składać rozmaite czynniki, główną wskazówkę powinny stanowić zasady fizyjologii odżywiania obok uwzględnienia ile możności miejscowych przyzwyczajeń. Uffelmann doświadczył, że chłopiec gorączkujący trudniéj trawił mięso surowe skrobane aniżeli pieczone, białka jaja na twardo gotowanego prawie wcale nie trawił, a białko jaja surowego zarobione z wodą i dodatkiem cukru lub soli z łatwością zamieniał w pepton. Najwięcéj rozpowszechnioném jest użycie mleka, które wodą rozcieńczone bywa nawet na szczycie stanu gorączkowego dobrze trawione. Mleko kwaśne należy w tych przypadkach przed podaniem mocno kłócić. Napotyka się jednak dzieci znarowione dodatkami kawy, czekolady lub herbaty do mleka, dodatki te nie są odpowiedniemi w przebiegu chorób gorączkowych, a rzeczą dobrego prowadzenia jest przyzwyczaić dzieci do czystego mleka bez tych dodatków. Bardzo chętnie spożywają dzieci mięszaninę z surowego białka i

wody z odrobiną cukru i koniaku tak, że tym sposobem można im podać 3—6 białek z jaj w przeciągu doby. Nieodpowiedniém jest karmienie osesków mlekiem matki w przebiegu chorób gorączkowych; pragnienie ich należy gasić podawaniem zimnéj wody w odpowiedni sposób, gdyż nadmiar pokarmu zwykle zwymiotują, a jeżeli wymioty nie następują sprowadza ten nadmiar dyspepsyję o wiele czasem przykrzejszą aniżeli pierwotna choroba gorączkowa. (*Wiener med. Blätter*, Nr. 32 i 33, 1883). *Dr. Schaitter.*

Prof. Auspitz: **O stosowaniu leków na skórę w warstwach cienkich silnie przylegających.**

Wśród leczenia zmian chorobowych skóry starano się od dawna wypełnić cztery wskazania, a mianowicie: 1) powstrzymać wpływ powietrza, jeżeli tenże był szkodliwym; 2) usuwać lub rozmiękczać produkty chorobowe jakoto: strupy i łuski, których dolna, nierówna powierzchnia drażniła skórę samą i zapobiedz ich powstawaniu; 3) powstrzymać wydzieliny chorobowe czy to surowicze, czy téż ropne, zmięszane często z krwią, potém lub mazidłem skórném; 4) stosować leki na samą skórę, w dawkach dokładnie oznaczonych i o znaczném zagęszczeniu. Aby wypełnić te wskazania terapija rozporządza przylepcami, maściami, pędzlowaniem rozczynami wyskokowemi i eterycznemi lub zasypkami. Plastry tak żywiczne jakotéż ołowiowe odznaczają się lepkością i bywają zbite, nie są one jednak odpowiedniemi, gdy zależy na wprowadzeniu leku przez skórę, a nadto należy unikać stosowania plastrów żywicznych drażniących skórę wszędzie tam, gdzie się ma do czynienia ze sprawą zapalną; w niższym stopniu drażnią skórę plastry ołowiowe, a tworzenie z nich maści przez dodanie tłuszczu (*Ung. diachyli*, Hebra) ma na celu usunięcie ich własności drażniących.

Maści były ulubionym lekiem Hebry, który stosował je rozpostarte na kawałku tkaniny, czynił tym sposobem zadość wskazaniom pod 1 i 2 wymienionym i otrzymywał wyniki zupełnie zadawalniające. Jedną tylko słabą stronę przedstawiała ta metoda lecznicza, a mianowicie trudno było uchronić od jełczenia tłuszcze, wchodzące w skład maści i nie można było nabrać pewności, czy już przy sporządzaniu maści nie użyto tłuszczu zjełczałego.

Niedostateczném bywa zazwyczaj pędzlowanie i zasypywanie proszkami. Rozczyny wyskokowe drażnią skórę, parują szybko, ziębią ją tym sposobem i utrudniają krążenie, sprawiają nadto, że skóra staje się suchą i kruchą, a nie pozostawiają wcale jednostajnéj powłoki ponad miejscami schorzałemi. Zasypywanie proszkami zupełnie zawodzi, mogą one jedynie osuszać skórę z wydzielin płynnych, ale za to sprzyjają tworzeniu się strupów.

Tak tedy pozostawia leczenie chorób skóry wiele do życzenia; dopiero w ostatnich latach kilku dermatologów podjęło tę sprawę z dobrym skutkiem, wprowadzając w użycie nowe leki dotąd nieznane albo przynajmniéj nie używane. Do leków tych zaliczyć należy kwas salicylowy, proszek goa czyli araroba, kwas chryzofanowy, czyli chryzorabin, kwas swędo-dębiankowy czyli pyrogalusowy i naftol, używany przez Kaposiego i Ludwiga. Najodpowiedniejszą jest postać maści i w téj to postaci stosuje się najczęściéj chryzorabin np. w łuszczycy. Skuteczność tego środka w tém cierpieniu stwierdzono już niejednokrotnie. Sesemann pędzlował co drugi dzień miejsca schorzałe mieszaniną 0·6 chryzorabinu na 4·0 kolodionu. Pick poleca użycie gelatyny z chryzorabinem a następnie pędzlowanie gliceryną, Beiersdorf dodaje gliceryny wśród sporządzania masy gelatynowéj. Z tych sposobów najmniéj zasługuje na uwzględnienie sposób Sesemana, gdyż kolodium prędko twardnie i pęka tak na powierzchni skóry jakotéż we flaszce, a pędzle niszczeją po jednorazowém użyciu. Z własnego doświadczenia nabrał autor przekonania o dobroci mieszaniny zalecanéj przez Picka i Unnę, a mianowicie chryzorabinu w klejkiéj galarecie z dodatkiem gliceryny, utrzymuje jednak, że inny rozczyn najpierw przez niego użyty jest jeszcze odpowiedniejszym. Używa on traumatycynu t. j. rozczynu 1 części gutaperki w 10 częściach chloroformu. Rozczyn ten nietylko, że mięsza się dokładnie z chryzorabinem, ale trzyma się skóry przez kilka dni wcale się przytém niezmieniając, gdy przeciwnie powłoka gelatynowa ulega starciu przez suknie tak, że ją należy odnowić po kilku godzinach; oprócz téj własności posiada traumatycyn, jako lek obejmujący inne skuteczne środki, cały szereg zalet przed innemi zarôbkami, a mianowicie: 1) tworzy on powłoczki znacznie cieńsze i delikatniejsze aniżeli kolodium z gelatyną, a przez to też mniéj sprawia bólu choremu; 2) jest on środkiem zupełnie obojętnym i nie drażni skóry nawet u dzieci; 3) ucisk wywarty przez traumatycyn jest jednostajny, gdyż środek ten jest giętki i stosuje się dokładnie do zgięć stawów, podczas gdy powłoczki gelatynowe należało często zwilżać gliceryną, aby je utrzymać w stanie należytym. 4) Obchodzenie się z tym środkiem jest o wiele łatwiejsze, a podczas gdy chloroform paruje zwolna, można z pędzlowaniem połączyć pewien rodzaj nacierania, tak więc oddala się pozostałe jeszcze strupy i łuski, a środek może działać bezpośrednio na miejsca schorzałe. Gdy przeciwnie masę gelatynową należy najprzód ogrzewać, gorącą zaś pędzlować nie można, gdy się zaś pędzluje nieco oziębłą nie zdoła się nawet zakończyć tego postępowania, a już masa zastygła. 5) traumatycyn nie psuje i nie rozkłada się, podczas gdy masa gelatynowa pleśnieje z czasem; 6) traumatycyn wreszcie jest tańszym aniżeli wszelkie inne zarôbki, gdyż sporządzenie tegoż nie wymaga tyle czasu i nie jest połączone z takiemi trudnościami jak sporządzenie masy gelatynowéj.

Plan leczenia łuszczycy należałoby tedy zakreślić w ten sposób: Po oddaleniu łusek w kąpieli za pomocą mydła, należy pomazać te miejsca 10procentową mieszaniną środka z traumatycynem. Jeżeli zmiany nie są zbyt rozległe, należy pędzlować co dzień, w przypadkach zmian rozleglejszych co 2 lub 3 dni. Po kilku lub kilkunastu pędzlowaniach ustępują nacieki i pozostają tylko plamy białawe, otoczone rąbkiem czerwonym lub sinym. A. przytacza kilka historyj chorób na dowód w jak krótkim czasie można zmiany usunąć, a nigdy nie spostrzega się przytém złych następstw nawet u dzieci.

W ten sam sposób leczył A. inne sprawy chorobowe, polegające na rozwoju grzybków jak liszaj wyłyszający, wyprysk obrzeżny i świerzbiączkę; w ostatniéj chorobie stosował mięszaninę z 10grm. chryzorabinu na 100 traumatycynu, a u dzieci 5:100, zazwyczaj natychmiast po zastosowaniu ustawało swędzenie, a w kilku przypadkach poznikały guzki. Że jednak chryzorabin zastosowany czy to w postaci maści czy też to w traumatycynie nie chroni przed powrotem choroby rozumie się samo przez się. (*Wiener med. Wochensch.* Nr. 30 i 31, 1883). *Dr. Schaitter.*

Wiadomości pomniejsze.

(A. K.) Prof, Dr. Kjelberg zastanawiając się nad przyczynami **drgawek u dzieci**, dochodzi do wniosku, że drgawki powstają bądź z zaburzeń w krążeniu, bądź też z zmian w składzie krwi. Zaburzenia w krążeniu polegają na niedokrewności mózgu, nagłéj utracie cieczy organicznych (rozwolnienia, wymioty), skurczu naczyń (strach, gniew), ściśnieniu czaszki, ucisku mózgu (wysięki). Nadto nawał krwi może także wywołać przypady niedokrewności przez te zaburzenia, które prowadzą do uciśnienia naczyń włosowatych mózgu. Chorobowe zmiany krwi, mogące wywołać drgawki dzieci, polegają na nadzwyczaj wysokiéj ciepłocie ustroju, na zmianach odżywczych mózgu w chorobach zakaźnych, na otruciu się truciznami mineralnemi i roślinnemi, na samozakażeniu ustroju ropą, posoką, kwasami żółciowemi; do téj ostatniéj kategoryi należą zmiany pokarmu w opilstwie i wielkich wzruszeniach umysłowych mamek. Drgawki współczulne, towarzyszące innym chorobom, polegają na podnieconéj odruchliwości ustroju, jakto ma miejsce po oparzeniach, wysypkach, zaburzeniach w przewodzie pokarmowym, w wnętrzakach, ząbkowaniu itd. Usposobienie do drgawek najczęściéj jest dziedzicznêm. (*Arch. f. Kinderheilk.*).

(A. K.) Dr. Fitzgerald dowodzi w *The Lancet*, że samogwałt u kobiet sprowadza często nad czułość siatkówki i niedowład akomodacyjny.

V. Zapiski z wystawy higijenicznéj w Berlinie.

Podług sprawozdań w *„Berl. klin. Wochenschrift"* i *„Deutshe medic. Wochenschrift."*

Podał **K. M.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 36.)

Nadzwyczaj doniosłą jest kwestyja światła w izbach szkolnych. W téj mierze wcale nieobojętną jest rzeczą dla wzroku uczniów, czy światło wpada do klasy z jednéj lub obu stron, a w pierwszym przypadku, czy od strony prawéj lub lewéj; niemniéj czy ilość jego jest większa lub mniejsza. Co do kierunku wpadającego światła to stanowczo zgodzono się obecnie na to, że oświetlenie w klasach winno być boczne i to koniecznie od strony lewéj uczniów. Komisyja wybrana zeszłego roku przez francuskiego ministra oświaty ku roztrząsaniu téj kwestyi, orzekła nawet, że światło powinno wpadać do izb szkolnych nietylko od strony lewéj, ale i od północy, tak ażeby uczniowie siedząc w ławkach, zwróceni byli twarzą ku wschodowi, w ten tylko sposób bowiem można miéć w szkole oświetlenie łagodne a dostateczne. Niemieccy higijeniści nie uznają jednak tego ostatniego warunku za niezbędny. Co do ilości światła, to brak także miary, na którąby się powszechnie zgodzono. Bertin-Sans we Francyi starał się oznaczyć liczbami ilość światła dla każdego miejsca w klasie. W tym celu sporządził światłomierz, przyjmując za podstawę pełne oświetlenie dzienne, uważane za milijon jednostek (zob. Eulenburga *Vierteljahrschrift*, 1882, lipiec, str. 182 i nast.). Chciał on w ten sposób dotrzeć do źródła wzmagającéj się po szkołach myopii. Wspomniana komisyja orzekła także, że celem zapewnienia należytego oświetlenia izb szkolnych, szkoły winny być budowane w ten sposób, ażeby oko umieszczone w najniekorzystniejszém miejscu klasy na wysokości ławki (pultu), widziało jeszcze 30° centymetrową przestrzeń nieba, licząc od najwyższego punktu okna prostopadle na dół. I tutaj Niemcy okazali się mniéj ścisłymi od Francuzów. Poprzestawali bowiem do niedawna jedynie na tém, aby przestrzegano tylko pewnego stosunku między powierzchnią okien a liczbą uczniów (Cohn, Bagiński); obecnie zaś przyjęli za prawidło, że łączna powierzchnia okien powinna stanowić co najmniéj piątą część powierzchni podłogi. Nie jest to jednak już zabezpieczenie dostatecznego światła w szkołach, albowiem wypadałoby jeszcze chyba dodać ten warunek, aby szkoła nie była zwróconą oknami ku bliskim budynkom, co jednak znów nie zawsze osiągnąć się daje, jakkolwiek jest okolicznością nader ważną. Oczy uczniów bowiem otoczone ciągle przedmiotami bliskimi, skazane są na ustawiczną akomodacyję. Nie co innego jednak, jak ta ciągła praca mięśni wewnętrznych oczu, jest przyczyną grasującéj prawdziwie u młodzieży myopii. Wolna od budynków przestrzeń przed oknami izby szkolnéj dozwalałaby oczom uczniów przynajmniéj od czasu do czasu zwalniać akomodacyję i dla tego stanowi warunek przy budowie szkół nader pożądany, jeżeli zważymy, że mięśnie wewnętrzne oka, zarówno jak wszelkie inne w ustroju, podlegają znużeniu, a przeto też potrzebują i wypoczynku.

Zdawało się do ostatnich czasów, że zaledwie w stolicach lub większych miastach można myśléć o bydynkach szkolnych, któreby łączyły w sobie wszystkie powyżéj przywiedzione zalety; mniejsze miasta natomiast, a cóż dopiero ubogie gminy, ani marzyć nie powinny o podobnych zakładach, jako wymagających znacznych kosztów. Że jednak było to po większéj części uprzedzenie i że każda, nawet najuboższa gmina, może posiadać szkołę odpowiadającą wszystkim przepisom i wymaganiom higijeny, okazał dowodnie tyle zasłużony w dziale szkolnym téj nauki Dr. Bagiński. Jego szkoła, zbudowana podług systemu barakowego, łączy w sobie te dwie ważne zalety, najpierw, że odpowiada wszystkim przepisom higijeny, powtóre, że jest tania. Z długiego korytarza wchodzi się do klas, mających kształt podłużny (*Langklasse*) a odróżniających się pod każdym względem korzystnie od dotychczasowych izb szkolnych, których przekrój poziomy przedstawia zazwyczaj kwadrat (*Tiefklasse*). Większą część dłuższéj ściany zajmuje tu okno, którego rozmiary zapewniają każdemu punktowi w klasie należyte oświetlenie. Ławki ustawione są we dwa rzędy z wolném przejściem w środku. Każda z nich przeznaczona jest tylko na 3 uczniów. Górne skrzydło okna poruszalne jest około osi pozioméj, a w ścianie przeciwległéj okna umieszczono w pobliżu powały otwór, którym powietrze zużyte uchodzi do kanału biegnącego w murze oddzielającym klasę od korytarza. Wentylacyję tę wspiera jeszcze płomień gazowy umieszczony w wspomnionym otworze.

Mówiąc o oświetleniu nie chcielibyśmy pominąć tyle ważnéj dla zdrowia młodzieży kwestyi ławek. W Niemczech przedmiot ten, na pozór tak skromny, szczyci się już dosyć obszerną literaturą a w miarę tego rozwinął się téż pokaźnie i wyrób ławek, jedno i drugie od czasu, odkąd ortopedyści i okuliści wykazali, jak zgubne skutki dla zdrowia uczniów pociągają wadliwie zbudowane ławki. Biblijoteka wystawy posiada 23 dzieła odnoszące się do tego przedmiotu, nie licząc dzieł i rozpraw najświeższych, których nie ma na wystawie, a które wymienione już są w najnowszém wydaniu Baginskiego higijeny szkół. Niedawno nadeszło na wystawę cenne dziełko Cohna z Wrocławia pod tyt: *Die Hygiene des Auges in den Schulen.* Właściwie jest to tylko obrobienie pracy Eulenburga umieszczonéj w roku zeszłym w *Realencyklopädie d. gesammt. Heilk.* pod tyt. *Schulkinder-Augen*, przytém książka ta nie jest przeznaczona wyłącznie

dla lekarzy, jednakże zarówno sposób przedstawienia rzeczy, jak treść dzieła odznaczają się takiemi zaletami i dają tak dokładny obraz obecnego stanu higijeny szkolnéj w odniesieniu do wzroku, że z pracy téj nawet fachowy lekarz istotny pożytek odnieść może.

Podług obecnych zasad higijeny należy następujące względy mieć na oku przy sporządzaniu ławek: 1) odległość poziomą siedzenia od ławki, t. j. od téj jéj części na któréj uczeń pisze, czyta itp.; 2) odległość pionową tychże części; 3) wysokość ławki; 4) szerokość miejsca przeznaczonego dla jednego ucznia; 5) oparcie dla kręgosłupa; 6) nadanie takiéj konstrukcyi ławce, aby uczeń w niéj nietylko swobodnie i wygodnie mógł pracować, ale także wstawać i wychodzić; 7) nachylenie pultu. W klinice chirurgicznéj Esmarcha w Kielu otrzymują rodzice zgłaszający się z dziećmi, dotkniętemi skrzywieniami kręgosłupa, ilustrowaną pracę tegoż profesora pod tyt.: „Nauka, jak dzieci w szkole siedzieć powinny“. Zdaniem Esmarcha, ławkom to na starą modłę budowanym przypisać należy tak częste skrzywienie kręgosłupa u dzieci i takie wzmaganie się myopii po szkołach. W złych ławkach dzieci siedzą krzywo, bo zazwyczaj i siedzenie jest za niskie i zbyt oddalone od pultu i oparcie dla pleców nieodpowiednio sporządzone. Ławka powinna być tak zbudowana, aby dziecko zmuszone było trzymać się prosto i aby mogło w niéj dłuższy czas bez znużenia wysiedzieć. Ku temu celowi: 1) odległość siedzenia od podłogi powinna być równa długości podudzia; 2) szerokość siedzenia ma być równa długości ud; 3) brzeg przedni siedzenia ma być zaokrąglony a powinien sięgać o 2—3cm. daléj, niż wewnętrzny brzeg ławki (pultu); 4) siedzenie winno być tak wysokie, aby dziecko pisząc mogło wygodnie położyć przedramiona na ławce, nie podnosząc przytém łopatek ani nie opuszczając w siebie głowy i grzbietu; 5) podczas czytania dolna okolica grzbietu powinna opierać się o tył ławki.

Z wszystkich tych przepisów, odróżniających dzisiejsze higijeniczne ławki od dawnych, najważniejszym jest ten, który wymaga, aby odległość pozioma siedzenia od ławki była ujemną *(Minusdistanz)*, to znaczy, aby brzeg przedni siedzenia zachodził pod ławkę, nie zaś był z nią na równi *(Nulldistanz)* lub co gorsza, był od niéj oddalony *(Plusdistanz)*. Linija prosta zatém poprowadzona prostopadle na dół od wewnętrznego brzegu ławki powinna przeciąć siedzenie i to w odległości 2—3cm. od brzegu poprzedniego, w takiéj tylko bowiem ławce dziecko nie będzie podawało się tułowiem naprzód i nie będzie leżało piersiami, jak to nieraz bywa, na twardym brzegu ławki. To téż we wszystkich ławkach przysłanych na wystawę owa ujemna odległość pozioma siedzenia od ławki jest starannie zachowaną. Prócz tego wszystkiego siedzenie winno być ruchomém, gdyż inaczéj nie pozwoliłoby uczniowi ani wstawać ani stać w ławce czas dłuższy. Z ławek nadesłanych zasługują głównie na uwagę okazy Karola Elsaessera z Mannheimu, sporządzone z drzewa z oprawą żelazną. Odległość pozioma siedzenia jest tu oczywiście ujemną i wynosi 3—4cm., lecz każdéj chwili łatwo ją zamienić w dodatnią, gdyż siedzenie jest ruchome i daje się podnieść w górę i ku tyłowi. Ławki te opatrzone są osobną podłogą, rodzajem *podium* z otworami; tutaj gromadzi się pył i błoto z obuwia uczniów, uprzątane przez służbę po lekcyjach, co chroni uczniów od tumanów kurzu, jakie się zwykle z powodu rozdeptania naniesionego błota na pauzach w szkole unoszą. Bardzo wielu jeszcze innych wystawców wystąpiło z wzorami ławek doskonaléj nieraz konstrukcyi, jako to: Maks. Hermann z Berlina, Spohr i Kraemer, któréj to firmy ławki są nawet już zaprowadzone w Frankfurcie nad Menem, Dr. Hippauf, Dr. Lickroth, daléj inżynier Paul z Wiednia, Licht, radzca budowniczy z Gdańska, szczegółowe jednak opisy wszystkich tych okazów ze względu na miejsce pomijamy. To już jednak, cośmy przytoczyli, świadczy, że w téj gałęzi przemysłu zapanował w Niemczech ruch wielki i spółubieganie się pożądane. Zapisać potrzeba na pochwałę rządu, iż publicznie oświadczył, że wstrzymuje się umyślnie i z zasady od wystawiania jakichkolwiek ze swéj strony okazów, aby się nie zdawało, że popiera pewne tylko systemy i aby tym sposobem nie odstręczać przemysłowców i fabrykantów od pożytecznego spółzawodnictwa.

A nie tylko spółzawodnictwo fabrykantów i przemysłowców jest tu pożądane, potrzeba bowiem niezbędnie, aby sprawą szkół zajął się cały oświecony ogół, głównie zaś te czynniki społeczne i państwowe, od których inicyjatywa reform wskazanych wyjść powinna. Pomijając na razie wpływ szkodliwy szkół na ogólne zdrowie młodzieży, nie możemy zamilczeć, że jakto z gruntownych badań Cohna i Dürra wypływa, wzrok dzieci wyraźnie cierpi pod wpływem pracy szkolnéj w ogólności, z czego znów nie mało położyć należy na karb lichego oświetlenia i wadliwie zbudowanych ławek. Że twierdzenie to jest wiarogodném, za tém przemawiają wymownie cyfry. Sam Cohn badał 10.060 dzieci a dołączył do tego spostrzeżenia kilkunastu badaczów, dokonane na 21.500 uczniach. Byli to Erismann z Petersburga, Thilenius z Rostoku, Schulz z Upsali, Krüger z Frankfurtu nad Menem, Hoffmann z Wiesbadenu, Reuss z Wiednia, Burgl z Mnichowa, Conrad z Królewca, Scheiding z Erlangi, Koppe z Dorpatu, Pflüger z Lucerny, Becker z Heidelbergu, Kotelmann z Hamburga, Emmert z Berna, Classen z Hamburga, Haenel z Drezna, Netoliczka z Gracu, Niemann z Magdeburga, A. Weber z Darmsztadu i Florschütz z Koburga. Na podstawie tak obfitego materjału Cohn doszedł do stanowczego wniosku, że w miarę klas szkolnych i wieku coraz większy procent uczniów podlega myopii. Biorąc tylko na uwagę 9.344 uczniów z 24 średnich szkół niemieckich, przedstawia nam się procent myopów porządkiem klas, jak następuje: w najniższéj zwanéj sextą 22%, w kwincie 27%, w kwarcie 36%, w tercyi 46%, w sekundzie 55%, w najwyższéj zaś, tj. w prymie, 58%. Najcenniejsze jednak badania Cohna pochodzą z r. 1877. Badał on wtedy 240 dzieci, zapuszczając przed badaniem atropin i stwierdził fakt, którego już poprzednio domyślał się Erismann z Petersburga, że mianowicie hipermetropija jest prawidłowym stanem refrakcyjnym oka młodzieńczego, że daléj, mała tylko liczba oczów pozostaje i nadal w tym stanie, znaczna większość natomiast ulega myopii, przeszedłszy dłużéj lub krócéj trwającéj okres emmetropii (zob. Cohn, *Hygiene des Auges*, str 59 i nast.) Cohn stwierdził następnie, że w każdém napozór prawidłowo zbudowaném oku po zapuszczeniu atropinu okazała się hipermetropija, że ta H. lat. wynosiła najczęściéj $^1/_{50}$—$^1/_{30}$; że nieprawidłową budowę oczów napotyka się u chłopców 2 razy częściéj, niż u dziewcząt; że nakoniec bystrość wzroku prawidłowo była>1, często=2—2$^1/_2$, niekiedy = 3.

Badania refrakcyi u dzieci po poprzedniém zapuszcze-

niu atropinu nikt nie próbował przed Cohnem. W r. 1882 dopiero użył do podobnych badań homatropinu Dürr w Hanowerze a wyniki tychże przedstawił graficznie i nadesłał na wystawę. Tablice te są nadzwyczaj pouczające a zasługa Dürra jest najzupełniéj równą zasłudze, jaką Cohn oddał nauce. Tém bardziéj też zadziwiło a nawet niemile dotknęło wielu, że gdy drugiego odznaczono, całkiem zresztą słusznie, złotym medalem, pracę Dürra zupełném pominięto milczeniem.....

Homatropinu dla tego lepiéj używać do podobnych badań niż atropinu, ponieważ działanie jego jakkolwiek silniejsze, jednak rychléj przemija. Rozczyn zawierający około 5% homatropinu poraża akomodacyję zupełnie już w 50 minut, działanie to jednak ustępuje całkowicie w 24—26 godzin. Jeżeli zaś prócz homatropinu zapuścimy ezeryn, natenczas działanie pierwszego trwa o 5—6 godzin krócéj. Dürr stwierdził zarówno jak Cohn wzmaganie się liczby myopów w miarę wieku i posuwania się do klas wyższych. Liczba krótkowidzów była: w sekscie 20,4%, w kwincie 25,7%, w kwarcie 33,3%, w tercyi B. 37,8%, w tercyi A. 28,7% w sekundzie 54,0%, w prymie 65,1%. Obliczenia wykazały daléj, że z wszystkich tych, u których w klasie wstępnéj wykazać można było początki myopii, zaledwie $^1/_5$ nie uległa myopii wybitnéj. (C. d. n.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 26 sierpnia do 1 września umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 30,8. Z ospy umarło 1 (0 z. t.); z odry 1 (0 z. t.); z płonicy 3 (0 z. t.); z błonicy 2 (1 z. t.); z duru brzusznego 1 (1 z. t.); z gorączki połogowéj 1 (0 z. t.); z czerwonki 2 (1 z. t.); z róży 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach ospy, 1 odry, 5 płonicy, 2 krztuśca, 2 dławca, 1 duru brzusznego, 1 duru osutkowego. W tygodniu od 19—25 sierpnia umarło z ospy w Londynie 1, leczyło się w szpitalach 59, świeżo zapadło 11. W Wiedniu, Brukselli, Aleksandryi umarło po 1, w Amsterdamie, Liverpolu, Granadzie i Lizbonie po 2, w Petersburgu i Warszawie po 3, w Paryżu 4, w Roterdamie 5, w Birmingham 6, w Murcyi 7, w Pradze 11, w Maladze 12, w Nowym Orleanie 13, w Madrasie 40, w Madrycie 9. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 1, w Granadzie 2, w Saragosie 3, w Maladze, Murcyi i Madrycie po 4. W Baltimore umarło z cholery 2 (od 29 lipca do 4 sierpnia), w Bombaju 49 (od 18—24 lipca), w Aleksandryi 94 (od 5—11 sierpnia). W Sajon wydarzyły się przypadki śmierci z cholery w połowie lipca.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 19—25 sierpnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 24,1; w Warszawie 39,1; w Wiedniu 22,5; w Budapeszcie 33,6; w Pradze 31,2; w Tryjeście 29,8; w Berlinie 28.0; w Wrocławiu 35,8; w Gdańsku 27,3; w Monachowie 37,5; w Dreźnie 26,5; w Lipsku 28,9; w Bazylei 11,1; w Brukseli 21,9; w Amsterdamie 24,1; w Hadze 26,9; w Paryżu 24,4; w Londynie 17,9; w Kopenhadze 22,4; w Stokholmie 21,5; w Chrystyjanii 19,2; w Petersburgu 26,6; w Odesie 56,0; w Wenecyi 24,5; w Bukareszcie 23,4; w Madrycie 29,6; w Lizbonie 28,4, w Aleksandryi 84,6; w Filadelfii 19,2; w Bombayu 33,5; w Madrasie 32,8.

J. B.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 13 września. Redaktor Przeglądu Lekarskiego powrócił do Krakowa i objął swoje czynności. Wszelkie więc korespondencyje redakcyjne zechcą odtąd szan. koledzy współpracownicy adresować do niego.

(K.) D. 11 bm. Komitet Towarzystwa Lekarskiego wziął udział w ceremonii żałobnego nabożeństwa, które odbyło się na Wawelu za duszę Jana III i złożył wieniec opatrzony odpowiednim napisem na sarkofagu jego. D. 12 bm. Towarzystwo lekarskie, zajmując wyznaczone sobie miejsce, uczestniczyło w uroczystym procesyjnym pochodzie.

* **Lwów.** Otrzymaliśmy list następujący:

Szanowna Redakcyjo! Ze względu na zmiany zaszłe w oddziale chirurgicznym szpitala lwowskiego i interesowanie się kolegów rezultatami leczenia w tym oddziale, przesyłam niniejszy wykaz wyników leczenia za ubiegłych ośm miesięcy, t. j. od 1go stycznia do 31go sierpnia 1883 r.

Leczono chorych	1140
Ubyło przez wydalenie	1058
„ „ śmierć	67
Pozostaje w szpitalu	82

Procent śmiertelności względnie do ubyłych 6·3, do leczonych 5·8%. W liczbie 67 zmarłych znajduje się 30, u których żadna operacyja wykonaną być nie mogła (charłactwo posunięte do wysokiego stopnia, *suicidium*, *Tuberculosis ultimi gradus. Marasmus. In statu moriente* itd.)

Wykonano operacyj większych 130, średnich i małych 198, opatrunków gipsowych 45. Razem 373.

Operacyje większe.

Amputacyje: *Femoris 15* (umarł jeden), *Cruris 9* (umarło 3, z tych jeden po wygojeniu z gruźlicy), *Humeri 2*, *Antibrachii 2*.

Eksartykulacyje: *Genu (c. resect. condyl.) 1*, *Humeri 1*, (umarł: *Vulnus morsum*, *Sepsis*), *Pedis (c. resect. malleol. 3)*, *Chopparti 1*, *Digitorum 7*.

Resekcyje: *Cubiti 5* (zmarło 2), *genu 1* (umarł 1), *carpi 1*, *costarum 1*, (umarł z gruźlicy), *maxill. infer. 1*.

Herniotomij 6 (umarło 2), *Resectio intest. gangr. 2* (zmarli obaj, u jednego *2m 50 intest. gangr.*) *Fistula ani* (ciężkich) *5*, *Ovariotomia 1*, (zmarła w skutek *peritonitis myxomatosa*), *Lithotomia 1*, *Uretrotomia externa 1*, *Hydrocele* (*sectio radical.*) *2*, *Tracheotomia dil. Schrötter*, *Exstirpatio neoplas. magn. 24* (zmarło 4), *Corpus al. Trach. prof. 1*, *Amputatio mammae*, *evacuat. axillar. 3*, *Exstirpatio neopl. c. plast. oris. 12*, *Amputatio penis 1*, *Evidements grav. 9*, (zmarło 2 *osteomyel. septica*) *Sequestrotomia grav. 6* (zmarł 1), *Arthrotomia 3* (zmarło 2) *Sepsis*).

Operacyje mniejsze:

Ligatur. arteriar. 5 (*art. fem.*, *lingual.*, *poplit.*), *evidement 10*, *sequestrotomią 16*, *corp. alien. genu 1*, *fistula ani 9*, *fissura, nodi haemor. 8*, *Hydrocele, injectio jodi 5*, *Punctio thoracis 5* (1 umarł *Marasmus*), *punctio abdaminis 2*, *Taxis prop. hernia incarcer. 5*, *Dilat. urethrae strictur. 6*, *Extirpatio neoplasm. raria 20*, *Cauterisatio*, *Ignipunct. 13*, *Discisio drain. Phlegmone 36*, (zmarło 9), *repositio luxation 7* (czterech w narkozie).

J. Stella-Sawicki.
Inspektor szpitali.

(K.) Z poważnego i ze wszech miar wiarygodnego źródła donoszą nam, że w miasteczku Mosty, w okolicy Żółkwi położoném, wakuje stanowisko lekarza, przedstawiające dla chcącego tam się osiedlić korzystne warunki. Mosty leżą między Żółkwią a Krystynopolem, od pierwszéj oddalone o 4, od ostatniego o 3 mile.

* Niedawno temu umarła Ludwika Lateau, t. zw. stygmatyzowana z Bois d'Haine w Belgii, licząc lat 33.—owa histeryczka, która przez lat kilkanaście zwracała na siebie uwagę uczonych, a zwłaszcza nieuczonych, z których to ostatnich wielu nie pojmując dziwnych objawów, spostrzeganych u chorej, uważało biedną dziewczynę jako jestestwo niezwykłe.

(K.) Podług *Wiener med. Zeit.* (21 sierpnia) Kanclerz niemiecki ks. Bismark, szukając środka na swe dolegliwości newralgiczne, odbywa ustawiczne peregrynacyje z obozu aleopatów do obozu homeopatów. Obecnie lekarzem księcia jest anatom Schweninger, znany z jednéj strony zaszczytnie z prac swoich, a z drugiéj wcale niekorzystnie z skandalicznego procesu, w którym odegrał główną rolę.

(K.) Towarzystwo lekarzy szpitalnych w Paryżu oświadczyło się za rewakcynacyją studentów medycyny kształcących się w szpitalach, oraz całéj służby szpitalnéj. Administracyja powszechnéj opieki uwzględniła tę opinije Towarzystwa i postanowiła rozesłać odpowiedni okólnik. (*Gaz. hebdom.* 17 sierpnia).

* Cholera w Egipcie dolnym ustaje; kwarantana w Port-Said zniesiona a przejazd przez kanał suezki dozwolony. Nateraz więc minęło niebezpieczeństwo dla Europy.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Bonn.** Prof. Veit mianowany został tajnym starszym radcą lekarskim, — **Praga.** Dr. Horbaczewski, dotychczasowy asystent prof. Ludwiga we Wiedniu mianowany został prof. nadzw. chemii lek. w Wydziale czeskim. — **Drezno.** Prof. nadzw. w Lipsku Dr. Leopold mianowany został dyrektorem zakładu położniczego w Dreźnie i członkiem kolegijum lek. — **Dorpat.** Na posadę opróżnioną skutkiem usunięcia się prof. Holsta powołany został docent prywatny w Berlinie Dr. Runge. — **Berlin.** D. 15 października odbędzie się uroczystość jubileuszu 25-letniéj działalności nauczycielskiéj Dubois-Reymonda. — **Królewiec.** Na katedrę anatomii opisowéj powołany został prof. Merkel z Rostoku.

* **Nekrologija.** Dr. Jan Kwaśnicki, o którego przedwczesnéj śmierci wspomnieliśmy w numerze przeszłotygodniowym, urodził się w r. 1837 w Toporach na Ukrainie; nauki gimnazyjalne pobierał w Żytomierzu, w r. 1857 wstąpił na Wydział lek. w Uniw. św. Włodzimierza w Kijowie, ukończył zaś nauki lekarskie w r. 1865 w szkole głównéj warszawskiéj. W roku następnym objął obowiązki ordynatora w oddziale chirurgicznym szpitala ewangielickiego. Poświęcał się głównie chirurgii, a praca jego usilna zjednała mu taką reputacyję pomiędzy kolegami, iż przed kilku laty opinija ich wskazywała go jako godnego docentury chirurgii w Uniw. warsz.: o ile wiemy, już się zanosiło na mianowanie śp. Dra Kwaśnickiego docentem, gdy nadspodziewanie w ostatniéj chwili nadzieja jego i kolegów spełzła na niczém. Mieliśmy sposobność poznania nieboszczyka, właśnie gdy przygotowywał się do zaszczytnego swego przyszłego zawodu i nabraliśmy przekonania, że świetnie podoła swym obowiązkom. Niestety stało się inaczéj; opuściwszy Warszawę osiadł Dr. K. w okolicy Żytomierza, gdzie założył prywatną klinikę chirurgiczną i tam śród zajęcia praktyką dokonał żywota nagle z powodu tętniaka. Dziwnym zbiegiem okoliczności umarł on z choroby, o leczeniu któréj pisał pierwszą swą rozprawę inauguralną! Obszerny jest poczet jego prac, wyłącznie do dziedziny chirurgii odnoszących się, a wyliczonych w 2gim zeszycie Słownika lekarzów polskich Kośmińskiego.— Zmarły był starszym bratem szanownego naszego współpracownika kol. Augusta Kwaśnickiego.— Zacnemu pracownikowi na niwie lekarskiéj niechaj ziemia będzie lekką!

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 36: Neugebauera: Przypadek przemieszczenia trzew wrodzonego; Pawińskiego: Zwężenie i zatkanie tętnic wieńcowych serca pod względem fizyjolog. anat. patol. i klinicznym (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 36: Mączewskiego: Kilka słów o szczepieniu ospy ochronnéj.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 22 września 1883. № 38. Rok XXII.

TREŚĆ: I. JABŁONOWSKI: Kazuistyka lekarska w Turcyi. — II. BLUMENSTOK: Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell. X. Podpalenie. Wątpliwy stan umysłowy. — III. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie. ROSENBLATT: Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od r. 1879 do 1882. (C. d.) — IV. *Oceny i sprawozdania*: FALK: O zachowaniu się istot zakaźnych w przewodzie pokarmowym. — BOEGEHOLD: O leczeniu ostrego nieżytu pęcherza moczowego. — *Wiadomości pomniejsze*. — V. *Sprawy Towarzystw lekarskich*: Sprawozdanie z posiedzenia członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego. — VI. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie*. — VII. *Wiadomości bieżące*.

I. Kazuistyka lekarska w Turcyi.

Zebrał Dr. W. Jabłonowski.

V. Morfininizm.

W jakim charakterze przedstawia się sprawa nadużycia morfinu w Turcyi i czy takowe ma miejsce? Oto pytanie, jakie sobie zadałem po odczytaniu wybornéj rozprawy prof. Obersteinera, zamieszczonéj w marcowym zeszycie *„Wiener Klinik.“* Kilka osobiście przezemnie spostrzeganych przypadków, prace miejscowych koryfeuszów Drów Sekuli i Zammbaco, przejrzenie wreszcie statystyki paru tu istniejących europejskich zakładów leczniczych, pozwalają mi stanowczo wyrazić zdanie, że sprawa morfinizmu nie tylko że istnieje w Turcyi, ale co gorsza, że w krótkim przeciągu czasu zyskała sobie coś nawet więcéj niż prawo zwykłego obywatelstwa! Bo i jakżeż mogło być inaczéj? Stambuł, we wszystkiém naśladujący Europę, nie mógł przecież pozostać obojętnym na wpływy zdumiewające tak na pozór niewinnego środka. Przyswojono go więc sobie ze wschodnią ślepotą i zapałem, dając dla oka pilnego badacza obfity spostrzegawczy materyjał.

Jakkolwiek literatura posiada już nie małą ilość przykładów kazuistycznych zatrucia morfinem, to jednak przypadki, które miałem sposobność tu spostrzegać, przez swą oryginalność, cechującą miejscowe stosunki, zasługują na ogłoszenie drukiem. Poprzedzam je krótkim poglądem na doniosłość saméj sprawy nadużycia morfinu.

Z chwilą gdy Laehr, a za nim Fiedler, zwrócili uwagę lekarzy na nadużycie wstrzykiwań morfinowych, stwierdziły dotkliwe i przekonywające fakta istotne niebezpieczeństwo tych nadużyć. Od tego czasu weszła w kadry nosologiczne nowa choroba, nazwana m o r f i n i z m e m, m o r f i o m a n i j ą, m o r f i o p a t y j ą.

Od czasu jak Pravaz wynalazł przyrząd do wstrzykiwań podskórnych, poczęto wstrzykiwać podskórnie znaczną liczbę lekarstw, a przedewszystkiém morfin. A że b ó l jest często objawem dominującym w chorobach nerwowych i zapalnych, a z drugiéj strony morfin jest najlepszym środkiem kojącym, łatwo sobie wytłumaczyć powód tak szybkiego rozpowszechnienia się téj metody stósowania morfinu. Fizyjologija nie wykazała jeszcze dokładnie, w jaki sposób i dlaczego pewien lek zastósowany drogą podskórną działa energiczniéj i prędzéj, aniżeli gdy jest podany drogą przewodu pokarmowego. Ta wyjątkowa siła działania jest bardzo uderzającą mianowicie w morfinie, który często usuwa ból, gdy go zastósujemy *loco dolenti*; natomiast należy potroić dawkę, jeżeli zamierzamy dojść do tego samego celu, stosując ten sam środek drogą przewodu pokarmowego. Ta szybkość działania, złączona ze skutecznością, zapewniły wstrzykiwaniom morfinu pierwszeństwo przed innemi środkami i metodami stósowania leków kojących. Lecz ponieważ ból ustępujący po zastósowaniu morfinu po jakimś czasie powraca, chory znowu ucieka się do tak skutecznego środka, i coraz częściéj to czyni, a w końcu nadużywa i staje się morfinistą. Zazwyczaj powiększanie dawki odbywa się stopniowo, i nieznacznie sprowadza powolne zatrucie ustroju morfinem, podobnie jak to ma miejsce z nałogowemi pijakami, amatorami makowca lub haszyszu. Życie morfinistów staje się niepodobném bez przyjęcia co rana dawki; nie zadowoliwszy najprzód swego nałogu ludzie ci nie są zdolni zająć się pracą umysłową lub fizyczną. Ponieważ zaś morfin należy do rzędu tych przetworów trujących, do których ustrój łatwo się przyzwyczaja, dla otrzymania więc skutku wypada dawkę codziennie powiększać, co w końcu sprowadza upadek ogólnego odżywienia i kończy się śmiercią. Wstrzykiwanie morfinu ma na celu nie tylko złagodzenie bólów fizycznych, lecz i sprowadzenie stanu upojenia. Jeśli więc jedni używają tego środka w chorobach, którym towarzyszą silne bóle, drudzy czynią to samo dla sprowadzenia wesołego humoru, lub dla zapomnienia kłopotów domowych i przygniatających nieszczęść.

Wyższa i wykształceńsza klasa naszego społeczeństwa najprzód uległa tej ułomności, która podkopując zdrowie, poczęła stanowić jednę z przyczyn zwyradniających rodzaj ludzki. W wykazie statystycznym, ogłoszonym przez Dra Lewinsteina (*La Morphiomanie*. Paris 1880), znajdujemy na liczbę 100 morfinistów, leczonych przez niego, 82 mężczyzn i 28 kobiet. W liczbie tych 110 chorych było: 32 lekarzy, 8 kobiet-lekarzy, 1 słuchacz medycyny, 2 zakonnice, 2 dozorczynie chorych, 1 akuszerka, razem 45 osób praktykujących lub należących do zawodu lekarskiego. Daléj 18 chorych przypada na stan wojskowy, następnie idą: stan kupiecki, aptekarze itp. Zdarzyło mi się zauważyć liczne przykłady morfinomanii od czasu, jak pozostaję w Turcyi. Jednak dwa tylko przypadki, jako bardziéj interesujące, pozwolę sobie przytoczyć, pospieszając dodać, że jeżeli gdziekolwiek indziéj narzekamy na nadużycia w zastósowaniu podskórnych wstrzykiwań morfinu, to z pewnością złowrogi ten zwyczaj nigdzie tak się nie rozpowszechnił, jak właśnie na Wschodzie tureckim, przewyższając znacznie nałóg palenia haszyszu i makowca. Mianowicie między Turkami zwyczaj traktowania się morfinem stał się prawie drugą modą. Skromna więc strzykawka Pravaza znajduje się w rękach każdego prawie nieco wykształconego mieszkańca, gdyż nabyć ją bardzo łatwo. O zaopatrzenie się w morfin także nie trudno. Wolna bowiem i niekontrolowana sprzedaż materyjałów aptecznych pozwala na to każdemu.

Pierwszy z zauważanych przezemnie przypadków dotyczy jednego z kolegów, cenionego i żałowanego przez nas wszystkich, który w ciągu dziesięciu lat leczył się wstrzykiwaniami morfinu. Rozpoczął najprzód używanie tego przetworu ku złagodzeniu dotkliwego nerwobólu żołądka. Po usunięciu czy też tylko po złagodzeniu cierpienia nastąpiły kłopoty rodzinne, dla zapomnienia których biedny ten człowiek codziennie używał morfinu; stósując wstrzykiwania bez przerwy stał się morfinistą i takim też go poznałem. Zachowując całą siłę umysłową, czuł się on zawsze jakby, jak to mówią, nie swój; stan zadumy nie opuszczał go nigdy; i wtedy tylko czuł się dobrze, gdy wstrzyknął morfin. Apetyt miał zawsze wyborny; w nocy sypiał spokojnie, siła popędu płciowego zachowała się w stanie normalnym. Dosyć często odwoływał się do pomocy lekarskiéj w celu usunięcia napadów zimnicy, występujących peryjodycznie, a opierających się jednak działaniu chininu i znikających tylko po zastósowaniu większéj dawki morfinu. Była to zimnica występująca bardzo często u morfinistów. Powłoki skórne chorego były tkanką zgrubiałą i bliznowatą, a stanowiły bardzo często siedlisko prawdziwych ropni. Pomimo ubolewań i próśb rodziny i przyjaciół, biedny chory, przyznając się, że wie o smutnym końcu, do jakiego doprowadzi go nadużycie morfinu, nie chciał jednak zaprzestać używania tegoż, i pewnego dnia, gdy odbywał swą wizytę w szpitalu, nagle osłabł i padł nieżywy na ziemię. Oględzin pośmiertnych nie wykonano, więc też i przyczyna śmierci pozostała niewyjaśnioną. Można jednak przypuścić, że powodem nagłego zejścia było parażenie włókien sercowych. Dodam tu także, że matka nieszczęśliwego była dotknięta pomięszaniem umysłu.

Przedmiotem drugiego przypadku był człowiek wysoko wykształcony i prowadzący życie biórowe. Do 35 roku życia nie przebywał on żadnych ciężkich cierpień. Dręczony połowiczym bólem głowy, uciekał się do wszystkich znanych środków, lecz napróżno! Gdy nawet azotyn amylowy, a nawet tyle polecana tutaj „Grindelia,“ pozostały bez skutku, wtedy lekarz wstrzyknął morfin, który sprawił cierpiącemu widoczną ulgę. Zachęcony tak dobrym wynikiem postanowił chory sam stósować daléj podskórne wstrzykiwania. Rozpocząwszy od trzech miligramów co sześć dni, w ciągu niespełna dwóch lat doszedł do tego, że już potrzebował codziennie użyć 25—30 centigramów morfinu, jeżeli miał doświadczyć ulgi w swych bólach. Tym sposobem chory w ciągu wymienionego peryjodu czasu zużył morfinu prawie 46 gramów! W miarę zaś zwiększania się dawki wstrzykiwania stawały się dlań rzeczą niezbędną, nie tylko już dla złagodzenia bólu głowy, lecz i dla utrzymania dobrego humoru i możności pełnienia obowiązków zawodowych. Pomału poczęło cierpieć ogólne odżywienie. Chory coraz to widoczniéj tracił siły, chudł, i bladość jego twarzy ze zmianą charakteru na drażliwy i ponury cechowały rozwijającą się sprawę patologiczną. Obdarzony jednak żelazną wolą i sam widząc, w jaką przepaść wpędza go nadużywanie morfinu, pewnego dnia postanowił zaprzestać wstrzykiwań, czego też w istocie dokonał. Widziałem go w cztery dni późniéj, i z jego opowiadań dowiedziałem się o objawach, jakie zauważył pierwszego dnia téj prawdziwéj dlań wstrzemięźliwości. Otóż zrana chory czuł próżność żołądka, wielką trudność oddechu, zadumę wzmagającą się mianowicie ku wieczorowi. W nocy bezsenność, ani chwili spokoju w łóżku, obok nieposkromionego pryjapizmu. Po przyjęciu 2 gramów chloralu chory zdołał zasnąć. Następnego dnia też same objawy z powiększeniem się tylko stanu zadumy, występującéj w charakterze cierpienia moralnego. Ku wieczorowi mimowolny napad płaczu, ból głowy, brak apetytu i biegunka. Chory dręczony tym sposobem usiłował powrócić do wstrzykiwań. To mu się jednak nieudało, z powodu braku przetworu morfinowego w domu. W nocy te objawy przybrały jeszcze większą siłę. Dwa gramy chloralu powtórnie podane sprowadziły sen dobry. W ciągu kilku następnych dni w charakterze objawów nie nastąpiła żadna zmiana. Na wieczór chory zawsze uciekał się do chloralu. Piątego dnia zalecono choremu ogólną letnią kąpiel, a dla podniecenia układu nerwowego przepisano lotnik i kozłkan amonowy, i polecono powstrzymanie się o ile możności od brania chloralu. W kilkanaście godzin po kąpieli chory doznał dreszczów częstych i silnych, którym towarzyszył nieznośny nawał krwi do głowy. Noc była niespokojna, w ciągu któréj chory uskarżał się na bolesne kurcze w nogach, pozbawiające go snu. Po wzięciu jednak nowéj letniéj kąpieli chory doznał ulgi i mógł zasnąć. Przy rannéj wizycie znaleziono go daleko spokojniejszym. Zawsze jednak uskarżanie się na kurcze w odnogach i rodzaj ściskania w okolicy sercowéj były przeszkodą, powstrzymującą chorego od przyjęcia posiłku. — Dla usunięcia dotkliwych kurczów zalecono wcieranie chloroformu, radząc brać kąpiel letnią dwa razy na dzień. Dla sprowadzenia zaś spokoju w nocy przepisano nastój z konopi indyjskich. I przy takiém postępowaniu noc nie była spokojną. Kurcze, jakkolwiek złagodzone w swéj sile, trwały jednak zawsze tak, że dopiero po upływie kilku dni wszystkie objawy zaczęły się stopniowo polepszać, i dwunastego dnia chory czując się spokojniejszym i dość silnym, zdecydował się wyjechać do Europy, dla uniknięcia pracy i poradzenia się lekarzy co do sposobów dalszego leczenia swych połowiczych bólów głowy. Powstrzymanie się od brania morfinu trwało więc u chorego dni dwanaście, i jeżeli cierpienia były nieznośne po codzienném powiększaniu dawki, niemniéj też i peryjod wstrzemięźliwości dał się dobrze uczuć.

Objawy zaś, które towarzyszyły temu okresowi, miały tę właściwość, że: 1) biegunka trwała tylko dzień jeden, i że 2) kurcze w odnogach i uczucie ściskania przysercowego były przypadem dominującym.

Ilość morfinu zażytego przez tego chorego stosunkowo nie była znaczną, ponieważ prof. Leidesdorf (*„Die Morphiumsucht.“ Wiener med. Wochenschr.* 1876, Nr. 25 i 26) zauważył przykłady, w których chorzy brali dziennie od 2 do 3 gramów morfinu bez niebezpieczeństwa dla życia; podobne przypadki przytaczają Birch-Hirschfeld, Eder, Catkins, Beer, Fiedler i Weinlechner. W tych jednak okolicznościach odgrywa wielką rolę znoszenie osobiste przetworu, które uważano nie tylko przy używaniu morfinu, ale i innych leków. Chory sam się zdecydował zaprzestać używania morfinu, lecz nie zawsze tak bywa a nawet jednorazowa wstrzemięźliwość wcale nie jest łatwą, ponieważ za nadejściem chwili, w której chory brał zwykle morfin, opanowuje prawdziwy szał nieszczęśliwego i to w takim stopniu, że dla złagodzenia téj walki często sam lekarz bywa zmuszony do ponownego zastósowania morfinu. Dla złagodzenia tego rodzaju szału wypada niekiedy uciekać się dla ostrożności do wyjątkowego urządzania mieszkań, w których chorzy są leczeni. Prócz tego chorzy zdecydowani zaprzestać używania morfinu i poddać się systemowi wstrzemięźliwości, znajdują jednak możność ukrycia pożądanego dla siebie środka. Z téj to przyczyny i z powodu ciągłego powiększania się liczby morfinistów pozakładano w Europie wyłączne zakłady lecznicze. Do tego jednak nigdy nie przyjdzie w Turcyi, pomimo że stosunki co do liczby morfinistów jeżeli nie przewyższają, to z pewnością równoważą się z europejskiemi! Gdzie bowiem względy ludzkości mają tylko wyjątkowy przystęp do przedsionka możnych, tam naturalnie żaden z krezusów fachowych nie wystąpi z inicyjatywą stworzenia choćby w miniaturze takiego np. zakładu jak Schönberg pod Berlinem. Do domu zaś obłąkanych nikt z podobnych chorych nie zostanie przyjęty, z prostéj przyczyny, że Turcyja posiada jeden jedyny zakład tego rodzaju, w którym na nadmiar dobrych higijenicznych warunków nie można się uskarżać. Rząd zaś nie zwróci nawet uwagi na codziennie powiększającą się liczbę morfinistów. Jedynym zabezpieczającym środkiem byłoby niepozwalanie samym chorym robienia wstrzykiwań i zaopatrywania się w rozczyn morfinu; temu jednak znowu oprą się aptekarze miejscowi, i w ten sposób nowa ta plaga, rozwijając się z całą siłą w pośród i tak już doświadczanego społeczeństwa, wykaże nam nie jeden smutny przypadek.

II. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

X.

Podpalenie. Wątpliwy stan umysłowy.
Podał Prof. Dr. Blumenstok.

W nocy z 6 na 7 maja 1880 r. powstał we wsi K. pożar, który zniszczywszy całe mienie przeszło 20 gospodarzy wyrządził szkodę na więcéj niż 30.000 zła., a w ogniu tym stracił nadto życie człowiek jeden a dwóch zostało ciężko obrażonych. Śledztwo wykazało dość liczne poszlaki, iż ogień podłożony został przez Pawła K., którego też zaraz uwięziono. Przesłuchany d. 7 maja podał Paweł K., że do winy wcale się nie poczuwa, że w nocy (po godzinie 2éj) wyszedł ze wsi udając się do miasta B., gdzie chciał znaleźć sobie zarobek na dni kilka; szedł powoli i zaszedł do miasta dopiero, gdy świtać zaczęło i wkrótce potém uwięziony został. Przyznaje, że z bratem, (w którego chałupie ogień powstał) żyje w niezgodzie i z nim się procesuje, ponieważ tenże zagarnął całe gospodarstwo, a on zmuszony jest pozostać na jego łasce i doznawać przykrości rozmaitych od brata i bratowéj. — D. 9 maja zeznaje w dodatku, że dnia 6go był w domu aż do wieczora leżąc w szopie z powodu, że cierpiał na febrę; we 2 godziny po zachodzie słońca prosił o jedzenie, którego mu atoli bratowa dać nie chciała, twierdząc, że ponieważ nie pracuje, nie potrzebuje jeść. Gdy i u sąsiada jedzenia nie mógł wykołatać, udał się w nocy w drogę do miasta B., a idąc nie widział wcale pożaru we wsi K.

Ponieważ w toku śledztwa stan umysłowy Pawła K. zdawał się być wątpliwym, zarządzono badanie onego przez lekarzy sądowych Drów A. i B. Z badania ich wyjmujemy szczegóły najważniejsze:

Paweł K. około 40 lat liczący, pochodzi z rodziny, w której się nigdy nie przydarzały choroby umysłowe. Wychowanie Pawła ograniczało się do kształcenia domowego wiejskiego; w dziecięctwie nie przebył żadnych chorób. Do 20 roku życia zajmował się pracą około roli, a w rok późniéj wstąpił do kirasyjerów i służył przez 6 lat. Gdy w r. 1849 podczas wojny pułk jego stał w Wenecyi, miał zachorować tamże na febrę, a ponieważ napady często powracały, oddawano go za każdym razem do szpitala. W skutek często wznawiającéj się choroby pozostało ogólne osłabienie fizyczne, ból i zawrót głowy, szum w uszach, ćmienie w oczach, tkliwość na zimne powietrze, trzęsienie rąk i nóg. Każdéj wiosny pojawiała się raz lub dwa razy na miesiąc śpiączka, 2—3ch dni trwająca, podczas któréj tracił chęć do jedzenia; w ogóle zaś w czasie wolnym od napadów śpiączki nie mógł się nasycić i wymagał więcéj żywności, aniżeli mu bracia dostarczyć byli w stanie; napojami wyskokowemi także nie gardził. Świadkowie sprawdzili u niego śpiączkę dwa razy w miesiącu powracającą i zauważyli zadumę, niezdolność do pracy, obojętność i zamyślanie się podczas takich napadów, osłabienie fizyczne. Ludzie gadają, że K. jest „durny jak detyna“, a ciągle się skarży na brak jedzenia, błąka się z miejsca na miejsce. Przed samym pożarem miał słabość, lecz mógł się utrzymać na nogach, dnia następnego atoli chodzić nie mógł i cały dzień w stodole przeleżał; potém poszedł do miasta, a tam aresztowany mówił z uśmiechem, że „już sera niema“.

Badany dnia 14 sierpnia przedstawia wzrost słuszny, odżywienie mierne, skórę wiotką, wątłą, bladą, podściółkę tłuszczową bardzo skąpą. Głowa okrągławą, włosy rzadkie ciemno-brunatne, gdzieniegdzie siwe. Czoło szerokie, nizkie, płaskie, oczy na dół spuszczone, źrenice jednakowo w cieniu rozszerzone. Twarz pomarszczona, blada, wejrzenie smutne, czasem uśmiecha się z pewną goryczą, wargi, dziąsła blade, ruchy ciała powolne. Na każde pytanie odpowiada do rzeczy, twierdzi, że ma żal do starszego brata za to, iż mu nie daje dostatecznego pożywienia. Nie ożenił się z powodu słabości, która go ciągle męczy. Skarży się, że mu wciąż zimno, i dla tego się trzęsie; rzeczywiście spostrzegaliśmy kilka razy trzęsienie rąk i nóg, a ciepłotę ciała zniżoną. Język czysty blady. Wypuk klatki piersiowéj daje wszędzie odgłos pełny i jawny, wdech pęcherzykowy; serce prawidłowéj wielkości, tony czyste, ruchy serca stłumio-

ne, słabe; tętnica sprychowa łatwo ugnieść się dająca, tętno powolne, słabe, regularne. Brzuch płasko wydęty, wymiary wątroby prawidłowe, brzeg jéj ostry, ugniatanie nie bolesne. Śledziona cokolwiek powiększona daje się dość łatwo pod łukiem żebrowym wymacać. Żołądek w wymiarze 1ym 8cm., w 2gim 12, w 3cim 14cm. szeroki (rozszerzony), kiszki dają odgłos stłumiony, tu i owdzie bębenkowy. Narząd płciowy zewnętrzny wątły. K. skarży się na szum w uszach, zawrót głowy; zachowanie się jego spokojne, obojętne.

Badanie powtórzono w d. 18, 19, 25 sierpnia, 4, 9, 13, 17 września a każdym razem znaleziono Pawła K. zadumanego. W więzieniu uskarża się na niedostateczną ilość pokarmu, zachowuje się o tyle spokojnie, że nie krzyczy, nie wszczyna kłótni, ale za to po całych nocach chodzi od łóżka do łóżka, maca, mruczy pod nosem niezrozumiale, budzi drugich. W ciągu ostatnich 4ch tygodni uskarżał się na bóle wzdłuż średniéj i dolnéj gałęzi nerwu troistego; a bólowi towarzyszyło obrzmiewanie policzków i zwiększone wydzielanie śliny.

Na podstawie badania swego pp. znawcy orzekli:

Paweł K. cierpi na charłactwo zimnicze, czego dowodzi stałe chroniczne powiększenie śledziony, osłabienie ogólne ciała, ból i zawrót głowy, skłonność do dreszczów a z powodu, że śledziona jest zawsze powiększona, to powtarzanie się napadów zimniczych i następowa niedokrewność są uzasadnione. Ztąd téż znajdujemy u niego skórę bladą, wiotką, wątłą, a tłumaczymy to znikaniem ciałek krwi i białka; blade błony śluzowe, nastrój umysłowy stłumiony, przygnębiony, bo i mózg i nerwy z powodu niedostatecznego odżywiania się w obec niedokrewności odgrywają ważną w takich przypadkach rolę. Na południu i wschodzie bywają zimnice zazwyczaj bardzo złośliwe, czego jest powodem właściwy pierwiastek zarazka, a okolice bagniste [1]) sprzyjają jego rozwojowi. Nic więc dziwnego, że K. gdyby nawet przedtém zdrów zupełnie, w obcy klimat do Włoch przeniesiony uległ zarazkowi, a nie wyleczony wróciwszy ztamtąd w rodzinne bagniste okolice, daje podstawę do rozwielmożenia się choroby. To téż w pierwszym rzędzie mamy przed sobą niedokrewność w wysokim stopniu (bladość ogólna skóry i błon śluzowych, ból i zawrót głowy, bóle nerwu troistego), a następnie z powodu dłuższego trwania przypadów chorobowych przygnębienie umysłowe, spotęgowane aż do zadumy. Ponieważ przed samym pożarem K. miał zwykłą słabość, przypuszczamy, że ta mogła wpływać tém więcéj na przygnębiony umysł, że za jéj współudziałem władze woli i rozsądku mogły być upośledzone, że zatém zarzucone podpalenie, jeżeli się tego rzeczywiście dopuścił, popełnione było w stanie niepoczytnym.

Z orzeczenia tego Prokuratoryja nie była zadowoloną: a niektóre jéj uwagi są tak trafnemi, że zasługują na powtórzenie:

„Niektórzy świadkowie uważali wprawdzie, że Paweł K. był często smutny, zamyślony, że czasem był cierpiący, bo przez kilka dni spał ciągle a wówczas nie był zdolny do pracy, chodził, jakby czego szukał, że wiele jadał i ciągle na brak jedzenia się skarżył itd., — inni zaś świadkowie stwierdzili, że obwiniony był przy pełnym rozumie, że zwyczajnie był zdrowym i dobrym robotnikiem. Te ostatnie zeznania znajdują poparcie w zachowaniu się obwinionego przed popełnieniem czynu i po takowym, tudzież w śledztwie; wybrał sobie bowiem najdogodniejszy czas do zaspokojenia swéj zemsty, nad którą od dawna rozmyślał, po czynie się ukrywał, aby usunąć podejrzenie i do B. się wydalił, aby wykazać swoje alibi, działa więc zupełnie tak jak zbrodniarz sprytny i roztropny. Jego sposób bronienia się, jego odpowiedzi przed sędzią śledczym zdradzają rozsądek i loikę. Lekarze sądowi potwierdzili także, że obiniony odpowiada na każde pytanie do rzeczy. Nie zachodzi więc przypadek przewidziany w §. 2 lit. *a) k. k.* Ale świadkowie, o których wyżéj wspomniano, wcale nie twierdzą, aby obwiniony cierpiał na przemijające pomięszanie zmysłów; człowiek melancholicznego usposobienia, dziwak jak go niektórzy nazywają, nie jest jeszcze zmysłów swoich pozbawionym i najmniejszego faktu śledztwo nie stwierdziło, z którego wnosić należało, że Paweł K., choć chwilowo miewał pomięszanie zmysłów, które od czasu do czasu powtarzało się. Napady zimnicze, na które czasem cierpieć miał, a które sprowadziły osłabienie przemijające i niechęć do pracy, oraz chęć do spania, nie stanowią jeszcze rozstroju umysłowego lub pomięszania zmysłów. Nie zachodzi więc przypadek z §. 2 lit. *b)* lub *c) k. k.* a przynajmniej dzisiaj jeszcze niema dostatecznéj podstawy, aby powziąć można przekonanie o istnieniu takiego stanu umysłowego podczas wykonania czynu. Okoliczność przez lekarzy sądowych podniesiona, że obwiniony w nocy jest niespokojnym i ciągle chodzi po izbie, wskazuje tylko, że obwiniony cierpi na bezsenność, tudzież, że męczą go wyrzuty sumienia. „Charłactwo zimnicze“ mogło sprowadzić „przygnębienie umysłowe“ a nawet w dalszym ciągu „zadumę“; ale tu się właśnie rozchodzi o to, jakiego rodzaju jest melancholija obwinionego, i czy ona opanowała go w takim stopniu, iż pozbawiła go w chwili popełnienia zbrodni wszelkiéj zdolności rozpoznania swego czynu jako karygodnego i wszelkiéj możności opierania się złemu zamiarowi. Lekarze widocznie sami nie są pewni swéj rzeczy, gdyż argumentują samemi możliwościami, jakoto: p r z y p u s z c z a m y, że zwykła słabość (zimna febra), którą obwiniony miał w czasie przed pożarem (?), mogła wpłynąć na przygnębiony umysł, że za jéj w s p ó ł d z i a ł a n i e m władze woli i rozsądku m o g ł y być upośledzone, — i przychodzą do konkluzyi, iż Paweł K. w chwili dokonania zbrodni mógł być w stanie niepoczytnym. Takie orzeczenie nie wystarcza, aby w tak ważnéj sprawie powziąść stanowcze przekonanie o poczytności obwinionego. Całe orzeczenie nie jest dość dokładném; opiera ono się więcéj na zeznaniach świadków w śledztwie złożonych, n i ż n a w ł a s n y c h s p o s t r z e ż e n i a c h; nie ma śladu o tém, co lekarze przy każdéj pojedynczéj wizycie rozmawiali z obwinionym, i jakie im dawał odpowiedzi, w jaki inny sposób oni robili obserwacyje, czy byli obecnymi przy pojedynczych napadach zimnicy i co przy téj sposobności spostrzegli, bo nawet wzmianki nie ma o tém, czy obwiniony miewał od czasu przyaresztowania go (t. j. od pół roku) takie napady zimnicy, na którą wedle jego twierdzenia i wedle zeznań kilku o takich chorobach nic nierozumiejących świadków od czasu do czasu cierpiał; dla tego téż nie ma najmniejszéj podstawy do ocenienia, czy i jaki wpływ zimnica, jeśli rzeczywiście istniała, miała i mieć mogła na jego wolę, na jego siły umysłowe itd. Zważywszy więc, że ocenienie poczytności człowieka, względnie ocenienie jego stanu umysłowego, jest rzeczą nadzwyczaj trudną, zważywszy, że jak doświadczenie uczy, pierwsi koryfeusze umiejętności lekarskiéj, a

[1]) W aktach znajdujemy dopisek, że w K. są piaski, a nie ma bagien.

nawet specyjaliści co do chorób umysłowych zażywający wielkiéj sławy, są często niepewni i niezgadzają się między sobą co do orzeczenia takiego w przypadkach wątpliwych, — wnosi Prokuratoryja, aby Paweł K. odesłany został do krajowego zakładu dla obłąkanych i tamże przez psychijatrów był badany.

Sąd atoli nie zgodził się na ten wniosek i polecił żądać orzeczenia dodatkowego od pierwszych znawców.

W skutek tego polecenia Drowie A. i B. odwiedzili ponownie Pawła K. w d. 7 listopada, przyczém stwierdzili, że mimo regularnego sposobu życia w więzieniu śledczém wyglądanie jego fizyczne znacznie się pogorszyło, podsądny bowiem wychudł, cera skóry kredowato ziemista, charłactwo zimnicze wybitniejsze, śledziona zawsze powiększona, jelita pełne gazów, nadęte. Nie słyszy na prawe ucho, jak podaje od tygodnia, uskarża się na kręcenie i ból w témże uchu, mrozi go, jedzenie nie smakuje, „nie giltuje", gorączki nie miewa, stolce są regularne; tętno 70, dość łatwo ugnieść się dające, ciepłota nie podwyższona.

Uzupełniając swoje zdanie podali pp. znawcy, że zaduma w każdym przypadku jest zboczeniem umysłowém, ale że nie w każdym przypadku prowadzi do czynów takich, któreby w stanie prawidłowego działania umysłu popełnione za zbrodnię uważane były; to téż wielu melancholików nie koniecznie dopuszcza się takich czynów, które ostatecznie szkodę osób drugich za sobą pociągają. Choroba tego rodzaju wywiera na umysł wpływ przygnębiający, chory czuje się być pokrzywdzonym, zdolnym do odwetu i działanie swoje do tego stosuje, nie myśląc bynajmniéj o tém, że czyn taki jest karygodnym. Zaduma Pawła K. należy do przemijających, potęgując się wówczas, kiedy charłactwo zimnicze nowym napadem zostaje wzmożone, co miewało miejsce na wiosnę, od czasu gdy podsądny z wojska i Włoch powrócił, wtedy bowiem przypadają jego dreszcze, śpiączka, obojętność, utrata chęci do jedzenia, brak ochoty do pracy. Orzekamy więc s t a n o w c z o, że czyn będący przedmiotem oskarżenia popełnił Paweł K. w stanie przemijającego chwilowo pomięszania zmysłów, oraz że to pomięszanie zmysłów wywołane było przez niedokrewność i charłactwo zimnicze, które wywołując osłabienie ogólne organizmu i władze mózgu i umysłu w nieprawidłowym stanie utrzymywać musiało.

W skutek tego orzeczenia stanowczego Sąd uznał Pawła K. za niepoczytnego i d. 14go lutego 1881 r. wypuścił go na wolność. (C. d. n.)

III. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od r. 1879 do 1882.

Podał Dr. Emanuel Rosenblatt.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 32).

Przypadki te macinnictwa zamykają szereg przypadków chorób czynnościowych układu nerwowego ze znamieniem podrażnienia (*Hyperkinesis*), przez nas spostrzeganych, a choć przypadek drugi ze względu na przeważające przypady świadczące o przytłumieniu, o wyczerpaniu pobudliwości, nie zupełnie tu się kwalifikował, podałem go jednakowoż na tém miejscu dla tego, że i w tym przypadku wystąpiły pierwotnie u chorego znamiona zadrażnienia ośrodków nerwowych, jak np. szczękościsk i przykurczenia, a oddanym on był tylko do szpitala w okresie późniejszym choroby, a powtóre dla tego, że przypadek ten stanowi ciekawe *pendant* do przypadku poprzedzającego, świadcząc o różnorodności objawów macinnictwa, o zupełnie różnych obrazach chorobowych, zależnych mimo to od jednéj i téj saméj przyczyny, jak dawniéj tak i teraz nam nieznanéj.

Przystępuję teraz do podania przypadków chorób nerwowych czynnościowych ze znamieniem porażenia (*Akinesis*).

P o r a ż e n i a c z y n n o ś c i o w e.

Jeżeli zboczenia narządu nerwowego czynnościowe o znamieniu podrażnienia pod względem patogenezy swéj tak jeszcze dla nas są ciemnemi a anatomija patologiczna na pytania w tym kierunku również tylko przypuszczeniami odpowiada, to cóż dopiero mówić o przyczynie tak zwanych „porażeń czynnościowych", porażeń, tak co do formy wystąpienia, stopnia nasilenia, czasu trwania i następstw podobnych w zupełności prawie do porażeń t. zw. anatomicznych, których przyczyna zmysłom naszym bardzo łatwo jest dostępną, tak że często nawet rozróżnienie za życia jest niemożliwém, a nieokazujących jednakowoż w przypadkach zakończonych śmiercią i badanych na stole sekcyjnym, żadnych zmian w narządzie nerwowym, ani nawet drobnowidowych, podczas gdy objawy kliniczne, długotrwałe nie przemijające tak prędko jak np. objawy chorób czynnościowych ze znamieniem podrażnienia zwłaszcza eklampsyi, zmuszają nas do przypuszczenia jakichś zmian stałych w ośrodkach i wskazują nawet przy pomocy fizyjologii doświadczalnéj owe miejsca w ośrodkach, w których zmiany te znajdować się powinny, a które anatom patologiczny za „prawidłowe" uznać musi. Jeżeli jeszcze w przypadkach drgawek zakończonych śmiercią nie znajdziemy badając pośmiertnie zmian żadnych, to wytłumaczyć to sobie możemy w ten sposób, że ponieważ drgawki są chorobą krótkotrwałą i szybko przebiegającą, to téż i przyczyna ich jest tylko chwilową i przemijającą, więc owe zadrażnienie albo ośrodków kory mózgowéj albo ośrodka dla drgawek w mostku (N o t h n a g l a) czyto przez bezpośrednie działanie szkodliwości, czy przez zmiany w krążeniu tak pierwotnie jak i na drodze odruchu powstałe, które jak nas patologija doświadczalna uczy, są w stanie drgawki wywołać, w danéj chwili rzeczywiście miało miejsce, lecz było tylko chwilowém, więc śladów po sobie nie zostawiło, chyba w przypadkach takich, w których stan chorobowy dłużéj się utrzymywał, i w których téż zazwyczaj znajdujemy już następstwa zaburzeń w krążeniu czaszkowém, jakoto: obrzęk surowiczy mózgowia, wysięki surowicze, wynaczynienia itd. Inaczéj rzecz się ma z porażeniami. Tu stan chorobowy nie jest przemijającym, lecz owszem czasem nawet zanadto długotrwałym i zazwyczaj pozostawia nawet następstwa, które zniewoleni jesteśmy odnieść do jakichś już ważniejszych zmian w budowie ośrodków, które po śmierci szukamy nadaremno skalpelem i drobnowidem, przekonywając się tylko z zmartwieniem o tém, iż wiedza nasza wiele a wiele jeszcze pozostawia do życzenia. Dla tego téż tymczasowo trzymać się musimy definicyi téj, że przez porażenie czynnościowe rozumiemy zniesienie ruchów czynnych w mniejszym lub większym stopniu, na mniejszéj lub większéj przestrzeni ciała, występujące symetrycznie na obydwu połowach albo téż tylko na jednéj połowie ciała, albo wreszcie w postaci skrzyżowanéj, nagle lub powoli, polegające na zniesieniu przewodnictwa w rdzeniu pacierzowym w prawidłowém zresztą utkaniu. Zniesienie to przewodnictwa tłumaczyć sobie

musimy, chcąc jakie takie mieć dlań tłumaczenie, zmianami molekularnemi w istocie rdzenia, wywołanemi przez zaburzenia w krążeniu czy to ogólném, zatém przez stany niedokrewności i to albo nagle występującéj (doświadczenie Stenona, podwiązanie aorty brzusznej), albo powoli się rozwijającéj (po chorobach wyniszczających, biegunkach itd.) lub przez stany przekrwienia zwłaszcza nagłego (porażenia po insolacyi), daléj przez zmiany w mięszaninie krwi saméj w chorobach zapalnych, zakaźnych, połączonych z wygórowaną ciepłotą, w zatruciach niektórych i w skazach wrodzonych lub nabytych w odżywieniu ogólném, czy to téż wreszcie tylko przez zaburzenia w krążeniu w rdzeniu pacierzowym, powstałe na drodze odruchu w silném zadrażnieniu nerwów obwodowych (doświadczenia Lewissona). Pominąwszy już tę okoliczność, że owych zmian molekularnych, (jakiego rodzaju?) nikt jeszcze nie widział, to tłumaczenie to jeszcze i dla tego nie zupełnie wystarcza, że nie wyjaśnia nam, dla czego porażenia te występują tylko w nielicznych przypadkach nieróżniących się zresztą niczém, ani postacią chorobową, ani nasileniem gorączki, ani jakością powstawania i rozwinięcia się, ani ciężkością stanu zapalnego, ani wiekiem, ani stanem ogólnym odżywienia odpowiednich chorych od wielu innych przypadków tychże samych chorób, w przebiegu których atoli porażenia się nie pojawiają. Dla czego u jednych chorych, gdzie wszystkie przypady są o wiele groźniejsze, i wszystkie warunki dla powstania porażeń, powyżéj podane, obecne, do porażeń czynnościowych nie przychodzi, podczas gdy u drugich, u których warunki w o wiele słabszym stopniu tylko są zebrane, występują one w postaci bardzo wybitnéj i ciężkiéj? Przypominam sobie z praktyki prywatnéj chłopca 11-letniego (ojciec apoplektyk), nieprzedstawiającego zresztą żadnych zboczeń w narządzie nerwowym, który w każdéj prawie chorobie połączonéj z podwyższeniem ciepłoty, niekoniecznie znacznném, dostawał drgawek i to w chwili, kiedy gorączka się przełamywała; w chorobie ostatniéj, którą przebywał (płonica z ciężkiém zapaleniem błonicowém przełyku), drgawek nie było, natomiast śród obniżenia się ciepłoty do 37° wystąpił nagle szał, niepoznawanie otoczenia, zwidywania, obawa przed robactwem, uciekania z łóżka itp., które to przypady jednak wnet ustąpiły. Przypominam sobie daléj przypadek porażenia połowiczego po stronie prawéj zupełnego z równoczesną utratą mowy u dziewczynki kilkoletniéj w okresie zwiastunów ospy, które zaraz po dniach kilku, jak tylko ospa wysypała, bez śladu ustąpiło. Ciepłota w okresie tym wynosiła zaledwo 39·5°C., przebieg ospy był łagodny, natomiast dziecko cierpiało już na drgawki przy pierwszém ząbkowaniu. Widziałem wreszcie porażenie odnóg dolnych po błonicy przebiegającéj bez podwyższenia ciepłoty znaczniejszego i zajęcia stanu ogólnego, podczas gdy u wielu, bardzo ciężko złożonych błonicą, jakich w szpitalu miałem sposobność obserwować, w następstwie porażeń nie widziałem. Przypominam wreszcie okoliczność już dawno znaną, iż pewne rodziny odznaczają się wielką skłonnością do wystąpienia drgawek i że skłonność ta jest dziedziczną (jako ładny przykład historyja rodziny, u któréj matka, jéj 6cioro rodzeństwa a następnie 10cioro dzieci wszystkie na drgawki cierpiały. Duclos. *Etudes cliniques* itd. 1847) a daléj że nawet i bezład ruchowy *(Ataxia)* występuje często u kilku członków téjże saméj rodziny i jest dziedzicznym (Friedreich, Schmidt). Dla tego téż zdaniem mojém musimy koniecznie przypuścić jeszcze i inną przyczynę porażeń czynnościowych, a mianowicie jakieś już wrodzone usposobienie, jakiś z góry istniejący stan odmienny w ośrodkach, podobnie jak to dla macicznictwa przypuszczamy, jakiś stan łatwiejszego wyczerpania pobudliwości. Co się zaś tyczy pewnych zmian anatomicznych znalezionych przy sekcyi w niektórych przypadkach porażeń czynnościowych (poospowych — *Myelitis disseminata,* Westphal, Damaschino, po durze — *Myelomeningitis,* Biermer, błonicowych, naciek komórkowy i bujanie osłonek korzeni nerwów rdzeniowych, Buhl, zwyrodnienie i zanik przednich korzeni nerwów rdzeniowych Dejerine; w porażeniach odruchowo powstałych w chorobach narządu moczopłciowego, przekrwienie opon rdzeniowych Stanley, rozmiękczenie rdzenia, zapalenie opon, Gull itp.), to zauważono je tylko w niektórych przypadkach, co pozostawia możliwość przypuszczenia, iż zmiany te odpowiadały tylko chorobie wikłającéj wspomniane choroby pierwotne, że zatém porażeń tych nie należy zaliczać do porażeń czynnościowych. Odróżnienie porażeń czynnościowych za życia od porażeń anatomicznych na dość słabych opiera się podstawach, bo przedewszystkiém na wywiadach co do chwili powstania, jakości rozwoju, a wreszcie i postaci, w jakiéj wystąpiły; tak np. rozpoznajemy porażenie błonicowe jako takie, jeżeli wystąpiło w krótki czas po przebyciu błonicy, rozpoczęło się od porażenia podniebienia miekkiego i połyku, odznaczało się szybkością przebiegu i brakiem uwiądu mięśni; ołowiowe, jeżeli obok porażenia znajdują się i inne przypady odpowiadające zatruciu ołowiowemu; porażenia odruchowe zaś, jeżeli jesteśmy w stanie wykluczyć choroby rdzenia, któreby porażenia te wywołać mogły i jeżeli nie poprzedzały żadne zaburzenia w krążeniu a natomiast istniały szkodliwości, które porażenia na drodze odruchu za sobą pociągnąć mogą itp. Przyznać zatém musimy, że rozpoznanie w tych warunkach nie zawsze jest łatwém, gdyż raz na wywiadach nie zawsze polegać można, a u dzieci młodszych brak ich często zupełnie, a powtóre, iż porażenia te nie zawsze i nie po wszystkich chorobach występują w téj typowéj postaci, jaką im niektórzy bardzo różowo na łatwość rozpoznania zapatrujący się autorowie przypisują, a po trzecie wreszcie że jak z jednéj strony porażenia maciczne w podobnéj postaci występować lubią, tak z drugiéj strony często trudném jest rozróżnienie porażenia czynnościowego od niektórych postaci porażenia t. zw. esencyjonalnego dzieci, które tak samo często poprzedzają zaburzenia w krążeniu.

W ogólności jednak porażenia czynnościowe nie należą do zboczeń częstych i zdarzają się o wiele rzadziéj, aniżeli drgawki czynnościowe. U nas w ciągu całego trzechlecia, gdzie prawie 50% pod ten czas dzieci leczonych cierpiało na choroby zakaźne, zauważyliśmy porażenia te tylko w 9ciu przypadkach, z których 5 było porażeń powstałych w następstwie chorób zakaźnych, a mianowicie 1 po ospie, 1 po błonicy, 2 wśród krztuśca a 1 wreszcie na tle zimniczém; w 4ch zaś przypadkach przyczyny wynaleść nie byliśmy w stanie. Przypadki te nie wiele zresztą dla braku dokładnych wywiadów, przebiegu powolnego i przeważnie niezadowalającego wyniku leczenia przedstawiają ciekawego, dla tego tylko w skróceniu je podam: (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Falk (Berlin): **O zachowaniu się istot zakaźnych w przewodzie pokarmowym.**

Przewód pokarmowy jest bezsprzecznie najczęstszą i

najważniejszą bramą dla trucizn; nierównie mniejszą rolę gra on w zakażeniach, dopiero w najnowszych czasach zaczęto przypisywać większe znaczenie przewodowi pokarmowemu pod tym względem, zwłaszcza w zarazie wąglikowéj (Koch w *Mittheilungen aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte* 1881 str. 61) i w durze (Hirsch i Wernich). Że istoty stanowiące przyczynę chorób zakaźnych rzadziéj się dostają do ogólnego krążenia drogą przewodu pokarmowego aniżeli innemi drogami, chciano tłumaczyć tém, że zostają one zwykle zniszczone przez procedury kuchenne, na które pokarmy wprzód bywają wystawione; lecz doświadczenie uczy, że te zakaźne twory znoszą bardzo wysoką ciepłotę bez szkody dla siebie, tém bardziéj w częściach środkowych tych pokarmów, które są złemi przewodnikami ciepła tak, że nawet mniéj stosunkowo wytrzymałe włośnie w warstwach środkowych mięśni, wystawionych na działanie gorąca, nie zostają zniszczone; — z drugiéj strony ileż to pokarmów gnijących spożywają ludzie w stanie surowym bez najmniejszego uszczerbku dla zdrowia!

Mogą więc być dwie tylko przyczyny téj względnéj odporności przewodu pokarmowego: albo ściany jego nie posiadają warunków koniecznych do rozwoju i szerzenia się tych ustrojów drobnowidowych, albo soki trawienne posiadają znaczną siłę odraźną.

Za pierwszą przyczyną zdaje się przemawiać ta okoliczność, że w chorobach zakaźnych rzadko bardzo znajdują się miejscowe wytwory chorobowe w częściach górnych przewodu pokarmowego do żołądka włącznie, np. gruźlica, nie wyłączając szczepionéj, chętnie omija zwłaszcza górne części przewodu pokarmowego, choć Weigert (*Virchows Archiv* zeszyt 88, str. 325) zwraca uwagę, że gruźlica żołądka jest częstszą, aniżeli dotąd sądzono, a Eppinger (*Prager med. Wochenschr.* 1881, str. 501) widział złogi gruźlicze w przełyku, którego błona śluzowa była z powodu wielkiéj ilości pleśniawek rozpulchniona i okazywała drobniutkie pęknięcia. Warunkiem więc téj względnéj odporności przewodu pokarmowego jest, aby błona śluzowa jego była nienaruszoną; jednak przewód pokarmowy już z natury rzeczy jest wystawiony często na różne szkodliwości, a więc nie pozostaje jak zwrócić uwagę na siłę odraźną soków trawiennych. Aby rozstrzygnąć to pytanie, poddawał F. te istoty zakaźne, które są przeszczepialnemi na zwyczajne zwierzęta, działaniu odosobnionemu śliny, soku żołądkowego, żółci, soku trzustkowego i zaczynów gnilnych (najwięcéj gnijącéj żółci i gnijącego soku trzustkowego) i to w odpowiedniéj ciepłocie zwykle przez dwadzieścia cztery godzin. Najprzód badał on pod tym względem grzybki pleśniowe, a mianowicie *penicillum glaucum.* Zasiawszy go na chlebie poddawał działaniu soków trawiennych. Do ocenienia, o ile grzybki te utraciły żywotność, służyło prócz dalszéj ich hodowli także badanie chemiczne. Moitessier bowiem podaje (*Procès verbaux de l'Academie de sciences et lettres de Montpellier* 1863, 23), że twory pleśniowe, mianowicie kropidlak (*aspergillus*), rozkładają salicyn na saligenin i cukier. Otóż F. przekonał się najprzód, że to samo odnosi się do *penicillum glaucum.* Soki trawienne nie mają żadnego wpływu na żywotność tych grzybków. Inaczéj jednak rzecz się miała, jeżeli soki te były gnijące; wtedy bowiem, jak to już zresztą i Salkowski stwierdził (*Zeitschrift für physiologische Chemie* tom I, str. 368), próba Moitessiera nie ma znaczenia, gdyż tak ślina jak i zaczyny gnilne mogą same przez się ten glykozyd rozłożyć na te same składniki, natomiast próba biologiczna okazała stanowczo zmniejszenie żywotności tych grzybków, które się przedewszystkiém uwydatniało w opóźnioném ich rozmnażaniu.

Skoro więc pleśń na pokarmach zachowuje swą żywotność w przeważnéj części przewodu pokarmowego, nic dziwnego, że wywołuje choroby miejscowe, tj. nieżyt żołądka i jelit; a dzieje się to wtedy, jeżeli równocześnie są w przewodzie pokarmowym istoty skrobiowate, co tylko ma miejsce u roślinożernych i wszystkożernych, bo rozczyny cukru ulegają wtedy fermentacyi nie wyskokowéj wprawdzie ale za to silnie kwaśnéj, co musi działać drażniąco na przewód pokarmowy.

Dla uzupełnienia robił także F. doświadczenia z *aspergillus fumigatus*, który, należąc do pleśniawek, tém się różni od poprzednich, że wprowadzony do krwi wywołuje „*Mykosis acuta*“ należy więc do pasorzytów złośliwych. Badanie bijologiczne i chemiczne dało zupełnie te same wyniki, tj. że grzybki te opierają się świeżym kwaśnym czy alkalicznym sokom trawiennym a mniéj się mnożą w zaczynach gnilnych. Co do badania fizyjologicznego również nie spostrzegł, aby liczba przypadków nieudanego szczepienia (przez wstrzyknięcie do jamy brzusznéj) zwiększyła się; przeciwnie rzecz się miała, jeżeli użył w tym celu soków trawiennych gnijących.

Następnie przeszedł autor do doświadczeń z prątkami wąglikowemi, nierównie ważniejszemi pod względem praktycznym. Przedtém już wiele zajmowano się tym przedmiotem: i tak zadawał w pokarmach świeże prątki wąglikowe Colin mięsożernym, Koch i Buchner myszom; wszyscy z wynikiem ujemnym, podczas gdy Renault robił te same doświadczenia bez skutku na mięsożernych i wszystkożernych a z dodatnim wynikiem u roślinożernych. Wiadomo, że ludzie nieraz spożywali mięso notorycznie z prątkami wąglikowemi bezkarnie; z drugiéj strony Koch kładzie nacisk na to, że wąglik w kiszkach częściéj się zdarza, niż dotąd sądzono, a doświadczeni weterynarze jak Gerlach (*Die Fleischkost* 1875), Roloff (*Eulenburgs Handbuch des öffentlichen Gesundheitswesens* 1882, t. 2, str. 469) twierdzą, że używanie mięsa zwierząt wąglikiem zakażonych jest bardzo niebezpieczne. Że jednak zakażenie nie zawsze występuje, tłumaczy Colin (*Comptes rendus de l'Acad. d. sc.* t. 68, 1869) wielką siłą odraźną soku żołądkowego, o któréj przekonał się wkładając mięso i krew zwierząt wąglikiem zakażonych do żołądka psa przez przetokę. Wyjąwszy je tą samą drogą po paru godzinach, spostrzegł, że się stały niezaraźliwemi. Podobne wyniki otrzymał, jeśli mięso i krew tych zwierząt wystawił na działanie soku żołądkowego po za ustrojem. Pasteur i Huber (*Berl. klin. Wochenschrift* 1881, str. 702) czynią zakażenie w tych razach zależném od własności fizycznych pokarmu, mianowicie od tego, czy w niém się znajdują cząstki, wywołujące drobne skaleczenia i nakłucia w przewodzie pokarmowym. F. używał do swych doświadczeń śledziony zakażonych wąglikiem owiec, które po wystawieniu na działanie różnych soków trawiennych w kawałkach zaszywał pod skórę świnkom morskim lub roztarłszy je poprzednio, wstrzykiwał im do krwi. Ze wszystkich soków trawiennych tylko sam sok żołądkowy okazał się w wysokim stopniu odraźnym. Szczepienie bowiem na świnkach morskich po zadziałaniu tego soku nigdy nie było bezskuteczném mimo tego, że je powtarzał kilkakrotnie u tego samego zwierzęcia. Wprawdzie we krwi tych zwierząt znajdował on prątki wąglikowe ale w tak małéj ilości, że szczepienie na drugie zwierzęta się nie udawało. W nadziei, że

znalazł sposób modyfikowania jadu wąglikowego, szczepił następnie u tych samych zwierząt świeży jad wąglikowy i następowało zejście śmiertelne; równocześnie zauważył, że kawałki śledziony, których używał do doświadczeń, miały wielką siłę peptyczną; że jednak własność odrażna nie zależy od téj siły, przekonał się robiąc te same doświadczenia z papainem (roślinnym pepsynem). Nie pozostawało więc nic innego, jak własności te odrażne upatrywać w działaniu soku żołądkowego jako kwasu i rzeczywiście tak jak sok żołądkowy okazał się rozcieńczony kwas solny sam skutecznym. A więc i względną rzadkość zakażenia wąglikowego przez pokarmy u mięsożernych w stosunku do odżuwaczy trzeba przynajmniéj w znacznéj części odnieść do tego, że sok żołądkowy pierwszych zawiera więcéj HCl tak, że nawet rozpuścić może tkankę kostną.

Co się tyczy wpływu, który wywiera gnicie na narządy wąglikiem dotknięte, to od dawna wiadomo, że ono niszczy ich zaraźliwość. Odpowiednio temu znalazł F., że szczepienie kawałków śledziony owiec zakażonych wąglikiem, wystawionych na działanie gnijącéj żółci lub soku trzustkowego, było bezskuteczne lub wywoływało posocznicę. I z tém działaniem odrażném zaczynów gnilnych jest prawdopodobnie w związku to, że sprawy wąglikowe miejscowe w jelitach nie występują w jelicie grubém, jak również spostrzeżenie Buchnera, który z pomyślnym skutkiem szczepił treść jelita biodrowego myszy karmionych prątkami wąglikowemi, podczas gdy ich odchody nie były zaraźliwe.

Mniéj pewne wyniki otrzymał, robiąc doświadczenia z zarodnikami wąglika, do czego używał kawałków mięśni świnek morskich, oblewając je cieczą zawierającą te zarodniki; tyle atoli jest pewne, że nie tylko inne soki trawienne ale nawet i sok żołądkowy nie niszczył zarodków. Szczepienie zaś zarodków wystawionych wprzód na działanie zaczynów gnilnych dało prawie równą liczbę wyników za i przeciw sile odrażnéj fermentów gnilnych.

Najwięcéj stosunkowo doświadczeń robiono z gruźlicą i wszyscy badacze zgadzają się na to, że prątki gruźlicze wprowadzone do przodkowéj komórki lub do jamy brzusznéj wywołują ogólne zakażenie, podczas gdy zadawanie mas gruźliczych w pokarmach dawało wyniki mniéj pewne.

Otóż F. w opisany powyżej sposób poddawał kawałki płuc gruźliczych działaniu rozmaitych soków trawiennych, nie wyjmując soku żołądkowego i ponieważ gruzełki prosówkowe z powodu swéj zbitości większy opór stawiają działaniu tych soków, przeto używał częścią miększe zserowaciałe części, częścią płynną ropę z jam. Tak jak wśród doświadczeń Villemina tworzyły się erupcyje na krezce, w wątrobie, śledzionie a jeżeli zwierzęta dłużéj żyły — choć nie zbyt długo, aby się nie wywiązało zbytnie zakażenie przez wziewanie—także i w płucach; miejsce szczepienia nie zawsze okazywało zmiany gruźlicze. Również bezsilnym okazał się sam kwas solny. A więc pod tym względem więcéj zbliżałyby się prątki gruźlicze do pleśniawek niż do prątków wąglikowych.

To wszystko odnosi się do świeżych części gruźliczych, jeżeli zaś w nich poczęło się gnicie, szczepienie stawało się niepewném, a w miarę posuwającego się gnicia wyniki były stale ujemne mniéj więcéj po ośmiu dniach, krócéj nierównie jeżeli poddał te części działaniu soków trawiennych gnijących. Zwierzęta szczepione w obu razach pozostawały przy życiu, jeżeli nie uległy gnilicy, a zabite po upływie czasu, w którym powinno się było rozwinąć zakażenie, okazywały: że albo to co szczepiono uległo zupełnemu wessaniu, albo w miejscu szczepienia znaleziono otorbioną masę kredowatą, więc zmiany podobne, jak otrzymał Bernhardt (*Deutsches Archiv für klinische Medicin* V, str. 508) i Klebs (*Archiv für experimentelle Pathologie* t. I, str. 178), jeżeli kawałki gruźliczych płuc wystawili na działanie wysokiéj ciepłoty lub wyskoku; w części zaś podobne do tak zwanéj wrzekoméj gruźlicy, jaką według Martina (*Archives de Physiologie* 1881) wywołać można wprowadzając do jamy brzusznéj sproszkowane części roślinne (*Lycopodium*) lub zwierzęce pryszczawki. Odpowiednio temu nie dawały się te wytwory chorobowe przeszczepić na inne zwierzęta. Temu wpływowi gnicia na niszczenie prątków gruźliczych przypisać téż zapewne należy, że zmiany gruźlicze w ścianie jelita grubego są stosunkowo rzadsze niż w jelicie cienkiém a gruźlica odosobniona jelita grubego bez zmian w jelicie cienkiém jest jeszcze rzadszą niż ograniczone tylko do jelita grubego wrzody durzycowe.

Również niepewne wyniki otrzymano dotąd z karmienia zwierząt nawet odżuwaczy prątkami perlicy, zidentyfikowanéj wreszcie po długich sporach z gruźlicą. Że ludzie często spożywali mięso i mleko bydląt dotkniętych perlicą, wielokrotnie już podnoszono. F. wprowadzając kawałki płuc perliczych do jamy brzusznéj świnek morskich, widział zawsze potém erupcyje na otrzewnéj i w wielkich gruczołach brzusznych bez względu na to, czy je poddawał działaniu soków trawiennych czy nie, a nawet gnicie nie miało tutaj wyraźnego wpływu jak w gruźlicy.

Z tego wszystkiego wynika, że soki trawienne tak jak nie przeszkadzają rozwojowi większych pasorzytów, nie są téż w stanie stawić oporu swoistym, zakaźnym, drobnowidowym ustrojom a jeżeli zakażenie drogą przewodu pokarmowego rzadziéj ma miejsce niż innemi drogami, to trzeba przypisać innym warunkom i tak: zakażenie ustroju zależy od ilości istoty zakaźnéj, jest więc i pod tym względem analogija z lekami i truciznami, które jeżeli się wprowadza drogą przewodu pokarmowego, muszą być w większéj ilości zadane, aby pewien skutek osiągnąć, aniżeli wprowadzając je inną drogą. Powtóre, jeżeli ściany przewodu pokarmowego są nienaruszone, to stanowią jakby naturalny sączek, który chroni następne drogi od dostania się tych istot zakaźnych jak równie i ustrojów gnilnych; jednakże nieznaczne stosunkowo uszkodzenie tego sączka, np. już błony śluzowéj jamy ustnéj, tém bardziéj nadżerki w żołądku i jelitach mogą ułatwić wessania. Z drugiéj strony ważny jest ruch robaczkowy, zwiększony właśnie w tych razach skutkiem zadrażnienia, jak równie i nadmierna wydzielina ścian jelit; te bowiem przyczyniają się do prędszego wydalenia materyj zakaźnych, podobnie jak w pierwszych okresach chorób zakaźnych zadajemy środki wypróżniające.

Mimo tych przeszkód dostają się przecież dość często istoty chorobotwórcze drogą przewodu pokarmowego do krwi, nie zawsze zostawiając w przewodzie pokarmowym ślady swéj wędrówki, tak jak przy wodowstręcie trudno jest czasem ściśle oznaczyć miejsce wejścia jadu do ustroju.

Ponieważ powietrze atmosferyczne jest przenośnikiem przyrzutów, przewód więc pokarmowy obok narządu oddechowego jest najczęstszą drogą zakażenia i dla tego jest rzeczą urzędników zdrowia starać się nie tylko o czystą wodę do picia i potrzeb domowych i rozciągnąć ścisłą kontrolę nad pokarmami, ale ze względu na to, że istoty zakaźne opuszczają przewód pokarmowy, nieznacznie tylko lub wcale

nienaruszone, usuwać dokładnie wypróżnienia ludzkie i zwierzęce. (*Virchows Archiv* Bd. XCIII, Hft. 2). *Dr. Otto.*

Dr. E. Boegehold: **O leczeniu ostrego nieżytu pęcherza moczowego.**

Jako niezawodny środek leczniczy poleca autor na podstawie bogatego doświadczenia salicylan sodowy wewnętrznie. Pierwszy Fürbringer podawał wewnętrznie kwas salicylowy przeciwko zapaleniu pęcherza i rozkładowi amoniakalnemu moczu. Środek ten jednak nie odpowiadał zawsze wskazaniom, jakie w tém cierpieniu uwzględnić należało. Kwas salicylowy powstrzymywał wprawdzie rozkład amoniakalny moczu, nie tamował jednakże ropienia błon śluzowych pęcherza. Niedostateczny ten skutek kwasu salicylowego tłumaczy autor: 1) użyciem małéj dawki, 2) nieodpowiedniém zastosowaniem go w przypadkach, które nie nadawały się do leczenia tym środkiem. Praktyczni lekarze różne a często przeciwne wyrabiali sobie pojęcia o skuteczności środków leczniczych w zapaleniu pęcherza. Przeglądając opisy pojedyńczych przypadków łatwo wywnioskować, że częstokroć najskuteczniejsze środki, w skutek błędnego lub nieodpowiedniego zastosowania były bezskutecznemi. Nikt nie zaprzeczy, że nieżyt pęcherza w skutek zaziębienia jest czémś inném od nieżytu po rzeżączce, a ten różni się od nieżytu ciałami obcemi wywołanego. To też ważną bardzo jest rzeczą w leczeniu téj choroby przedewszystkiém dochodzić jéj przyczyn. Ważne to pytanie, co jest przyczyną zapaleń pęcherza, dzisiaj jeszcze niestety nie jest wyczerpująco rozwiązane. Że rzeżączka, ciała obce i zaziębienia cierpienie to sprowadzić mogą, nikt temu nie przeczy, ale spór toczy się, czy niedostateczne wypróżnianie pęcherza w skutek jakichkolwiek przyczyn może sprowadzić zapalenie? Schüller, opierając się na własnych doświadczeniach, oświadcza się za tą możliwością. Cohnheim zaś wręcz przeciwne wypowiada zdanie, dodając, że dopóki chroni się przystępu powietrza atmosferycznego od zewnątrz do zamkniętego moczu, nie spostrzega się ani rozkładu moczu, ani zapalenia pęcherza. Autor sądzi, że doświadczenia Schüllera były błędnemi, badacz bowiem dozwolił prawdopodobnie prątkom wcisnąć się do pęcherza, te rozłożyły mocz, który znowu na pęcherz szkodliwie działał.

Odpowiednio do teoryi grzybkowéj poleca autor w tego rodzaju zapaleniach pęcherza: 1) usuwanie przeszkód w odpływie moczu, 2) stosowanie miejscowe środków przeciwgnilnych. Przepłukiwanie zatém pęcherza rozczynem kwasu karbolowego, salicylowego, octanu glinowego, zastosowanie cewnika odniosą pożądany skutek, podczas gdy wewnętrznie użyte środki pozostaną bez wpływu na sprawę chorobową. Inaczéj rzecz się ma w zapaleniach, które powstają po zaziębieniu lub następowo po rzeżączce. Tu pierwéj pęcherz ulega zapaleniu a w następstwie mocz się rozkłada, staje się obojętnym lub alkalicznym w skutek przymieszki produktów zapalnych, poczém dłużéj stykając się z pęcherzem, drażni błonę śluzową i stan chorobowy pogarsza. Wskazania lecznicze w tym razie są dwojakiego rodzaju: 1) przywrócić należy moczowi oddziaływanie kwaśne, 2) działać przeciw zapaleniu błony śluzowéj. Wyniki zabiegów leczniczych były dotychczas bardzo niedostatecznemi. Brak było środka, któryby tym wskazaniom zadość czynił. Ani kwasy, ani wody mineralne, ani narkotyki nie odnosiły pożądanego i stałego skutku. Mało działały środki żywiczne. Jeszcze największéj skutecznym okazywał się napar liści mącznicy (*inf. fol. uvae ursi*), ale z powodu wielkości dawki skutecznéj (30·0—50·0:180) trawienie bardzo cierpiało. To téż nie małym postępem nazwać można zalecane przez Edlefsena wstrzykiwania do pęcherza 5% rozczynu chloranu potasowego. Środek ten wyleczył wiele ostrych przypadków, w znacznéj liczbie tychże i w przypadkach ostrych i przewlekłych był bezskutecznym. Zastosowanie tego środka ograniczało nadto trudność wprowadzania cewnika do pęcherza w okresie ostrym zapalenia.

Przypadek tylko nastręczył autorowi sposobność zastosowania salicylanu sodowego w ostrém zapaleniu pęcherza moczowego. Środek ten uważa on za ostatecznie najlepszy. Proszony o radę przez cierpiącego na zapalenie stawów i równoczesne zapalenie ostre pęcherza moczowego zalecił temuż w celu usunięcia pierwszego cierpienia co 2 godziny ½grm. dawkę salicylanu sodowego. Po wyżyciu 20grm. obydwa cierpienia zupełnie ustąpiły. Odtąd podawał autor salicylan sodowy w 20 przypadkach ostrego zapalenia pęcherza moczowego reumatycznego lub następowego po rzeżączce i z wyjątkiem jednego we wszystkich świetne otrzymywał wyniki. Uważa téż ten środek za jedyny w rzeczoném cierpieniu, a mający tę wyższość nad kwasem salicylowym, że trawienia wcale nie upośledza, łatwiéj się rozpuszcza i dorażniéj działa.

Na czém polega działanie kwasu salicylowego a względnie salicylanu sodowego, dotychczas nie wiadomo. Maas i Fürbringer przypisują im działanie przeciwgnilne i przeciwzaczynowe. Buchholz przekonał się, że obydwa w znaczném nawet rozcieńczeniu zabijają prątki i tamują fermentacyję. Że zapalenie ostre pęcherza prątkom jakim zawdzięczać ma swój początek, których śmierć w rozczynach kwasu salicylowego sprowadza w moczu stan prawidłowy i wyleczenie pęcherza, domyślać się wolno. Mniejsza na razie dla lekarza praktycznego o teoryję, jeżeli skuteczność środka doświadczeniem stwierdzoną została. W dziewietnastu przypadkach autora 20—40grm. salicylanu sodowego były wystarczającą ilością do zupełnego wyleczenia. Podawał go w reumatycznych i porzeżączkowych zapaleniach ostrych pęcherza jako pół gramowy proszek w opłatku co 2 godziny przez 3—4 dni, a następnie po 3 grm. dziennie przez 8 dni. Podaną metodę leczenia nieżytu pęcherza moczowego, zdaniem autora, żadna inna z dotychczas znanych co do szybkości i pewności a nawet przyjemności nie zdoła przewyższyć. (*Deutsche medic. Wochenschrift*).

Dr. Fiałkowski.

Wiadomości pomniejsze.

A. Malinowski: **Nitrogliceryna przeciw padaczce.** Zachęcony poleceniem prof. Korczyńskiego, aby lek ten stósować w nerwicach, podawał M. dwom chorym na padaczkę lek ten w ilości 1—5 kropel 1% wyskokowego rozczynu dwa razy dziennie z pomyślnym skutkiem i wyniki swe podaje w *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 30.

(A. K.) **Bezład ruchowy** (*ataxia*) **po czerwonce** spostrzegał Dr. Hermann Lenhartz. W literaturze znane są przypadki niezborności ruchowéj po rozmaitych chorobach zakaźnych, spostrzegano ją po błonicy, durze, ospie, odrze, płonicy, róży, zapaleniu płuc i zimnicy, po czerwonce do téj pory nikt nie opisał następowéj niezborności. Ośmioletni chory Lenhartza wyzdrowiał dopiero po 2 latach, pozostała mu tylko pewna tępość umysłu. Autor przypisuje tę sprawę działaniu pasorzytów

czerwonki na odżywienie mózgu. (*Berlin. klin. Wochensch*, 21 i 28 maja).

(A. K.) **Wypryski na policzkach i czepcu** podług Dra Bohn często występują w skutek otyłości dzieci, która ma sprowadzać niedowład kiszek i skłonność do ich zatkania. Autor sądzi, że w tych przypadkach wystarczy uregulowanie ilości i jakości pokarmów, oraz wywoływanie codzienne wypróżnień, ażeby wyleczyć dziecko z téj uporczywéj choroby. (*Jahrb. f. Kinderheilkunde*).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sprawozdanie z posiedzenia członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego z d. 4 maja 1883.

Obecni na posiedzeniu koledzy: Osowicki, Koszutski, Jerzykowski, Kapuściński, Stan, Grodzki, Zielewicz i sekretarz.

W nieobecności przewodniczącego kol. Osowicki przewodniczył obradom,

I. Sprawozdanie z poprzedniego posiedzenia przeczytano i i przyjęto.

II. Następnie kol. Zielewicz odczytał sprawozdanie komisyi wybranéj celem ocenienia nadesłanéj na ręce Dra Wicherkiewicza pracy Dra Krassowskiego o cholerze. Wniosek komisyi był następujący: „zwrócić autorowi pracę jego z nadmienieniem, że Sekcyja lekarska Tow. Przyj. Nauk poznańskiego nie poleci Wydziałowi gospodarczemu IV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników polskich tematu o cholerze do postawienia go na porządku dziennym dyskusyi ogólnéj, zostawiając szanownemu autorowi swobodę zgłoszenia się z pracą swoją wprost do Wydziału gospodarczego Zjazdu.“ Wniosek ten został przyjęty, a równocześnie polecono sekretarzowi uwiadomić kol. Krassowskiego o zapadłéj uchwale.

III. Z porządku dziennego zajmowano się panującemi chorobami zakaźnemi. Przy tém zabiera głos kol. Koszutski, donosząc kolegom, że widuje przypadki zimnicy, nieżyt dróg oddechowych i gardła, a tu i ówdzie biegunkę. Dr. Zielewicz dodaje, że i płonica często się pojawia a kol. Jerzykowski zwraca uwagę na pojawianie się ostatniéj choroby właśnie u osób starszych. W jednym przypadku widział mowca nadzwyczaj silną czkawkę towarzyszącą płonicy i nie ustała ona, mimo rozlicznych środków, dopóki gorączka nie ustąpiła. Kol. Osowicki opowiada przypadek, gdzie dziecko w rodzinie oficerskiéj dostało lekkiéj tylko płonicy z wysypką między łopatkami, a matka i służąca wkrótce potém silnéj uległy zarazie. U pierwszéj były nawet wrzody. Co do zimnicy, mniema kol. Osowicki, że w Poznaniu pojawienie się jéj zależném jest od wylewu Warty. W bieżącym roku, w którym wylewu Warty dotąd nie było, zimnica liczebnie słabszą jest, najsilniejszą zaś zawsze w okolicach przylegających do rzeki. — Kol. Koszutski *ad vocem* czkawki nadmienia, że z nadzwyczajnym skutkiem używa przeciwko téjże chloralu. W skutek téj wzmianki kilku kolegów podaje środki, po których widzieli ustąpienie czkawki i tak Dr. Wicherkiewicz opowiada przypadek z praktyki swojéj dawniejszéj. Przywołano go spiesznie do pacyjenta, który dotknięty czkawką od 2 godzin, w największym znajdował się strachu, sądząc się bliskim końca, a strach ten w równéj mierze podzielała cała rodzina, tém więcéj, że przepisane krople z morfinu nie sprowadzały pożądanego szybkiego polepszenia. W pół godziny po odejściu ponownie przywołany Dr. Wicherkiewicz i błagany o ratunek, przypomina sobie zalecony gdzieś rozczyn będźwinianu amonowego; podał choremu 10 kropel tegoż, a prawie natychmiast po wypiciu tego środka chory nagłą uczuł ulgę, a przepełniony wdzięcznem uczuciem przypisywał cudowny środkowi skutek. — Kol. Zielewicz u pewnéj nerwowéj damy skarżącéj się na strach, szum i inne objawy nerwowe, przepisał będźwinian sodowy, poczém ustały wszystkie objawy nerwowe. Nasunęła mu się więc myśl, czy będźwinianu nie możnaby używać jako leku pobudzającego nerwy. Dr. Jerzykowski dodaje uwagę do przytoczonego przez siebie przypadku, że używał także będźwinianu sodowego ale bezskutecznie, a kol. Kapuściński w kilku słowach przypomina przypadek, gdzie przy zaparciu stolca w okolicy zastawki Bauhiniusza nastąpiła w skutek działania zwrotnego od otrzewny pochodzącego, czkawka.

IV. Następnie przytaczano „spostrzeżenia z praktyki“. Przy tém wspomina kol. Kapuściński o pewnym mężczyźnie wyschłym, słabym, który odbywszy dalszą drogę, zmęczył się bardzo, poczém dostał potów po prawéj stronie ciała i to od głowy aż do pasa, wyjąwszy rękę. Zastrzyknięcie morfinu usunęło po dwutygodniowém trwaniu to cierpienie. Przy téj sposobności zapytuje kol. Kapuściński, jakich środków koledzy używają przeciwko potom suchotników, nadmieniając, że w odnośnym przypadku nie spostrzegł żadnego skutku po podaniu grzyba zwanego *boletus laricis*, zaleconego w nowszych czasach przez Dra Kruszkę. Na to Dr. Koszutski odpowiada: że zawsze go sprawa potów u suchotników żywo obchodziła, a nigdy nie zawiódł go pod tym względem olejo-cukier ze szałwii. Dr. K. podaje zwykle 10 kropel na 15 gramów z dodatkiem chininu, jeżeli środek ten jednakże nie dopisuje, ucieka się do atropinu, przestrzegając, żeby chorzy nie pili dużo, nie przebywali w ciepłych pokojach i nie byli za nadto przykrywani. Dr. Wicherkiewicz, uznając jako rzecz naturalną przestrzeganie poruszonych przez kol. Koszutskiego okoliczności, przypomina, że w dawniejszych czasach, gdy zajmował się ogólną praktyką, dobrego doświadczał skutku przeciwko potom z użycia odwaru świeżego sporyszu, podawanego w stosunku 5—10 : 150 wody, 4—5 łyżek dziennie. Kol. Jerzykowski obsypuje chorego proszkiem z kwasu salicylowego z talkiem, co kol. Koszutski gani z powodu drażnienia dróg oddechowych przez kwas salicylowy. Kol. Grodzki używa tlenku zynkowego z morfinem, kol. Stan smarowania słoniną często ze skutkiem przeciwko potom używał.

V. Po załatwieniu tych spraw zapytuje kol. Osowicki kol. Jerzykowskiego, czy w Zakładzie Sióstr Miłosierdzia naftalina cieszy się zawsze dobrą sławą, jaką o niéj miano, na co kol. Jerzykowski odpowiada, że wyniki po użyciu zewnętrznem z początku bywały znakomite, ale rany zaczęły po posypaniu tym proszkiem sączyć, chorzy nadto na ból narzekali. Chwali natomiast kol. Jerzykowski środek ten przeciwko szyszkowinom stożkowatym, które bezskutecznie wycinał, podczas gdy po posypaniu naftaliną powstało najprzód obrzmienie napletka a następnie zeschnięcie i zagojenie szyszkowin. Dr. Wicherkiewicz będąc zupełnie zadowolonym z jodoformu nie widział co prawda dotąd potrzeby zastąpienia go innym środkiem; w skutek pochwał oddawanych jednakże w nowszych czasach naftalinie użył téjże w następującym przypadku: U kobiety 50-letniéj, u któréj od 8 lat usadowił się toczeń na prawéj połowie czoła, dochodzący ku dołowi do brzegu oczodołu, ku górze pod włosy, a równą objętość zajmujący w szerz, wyskrobał W. całą schorzałą tkankę, zapuszczając się do saméj kości, a w środku płaszczyzny chorobowo zmienionéj nawet do twardéj opony mózgowéj. Ziarnina tylko bardzo powolnie poczęła tworzyć się pod opaską z maści borowéj 7%, a wydzieliny ropiaste cuchnące, były przytém wcale znaczne. To też po upływie dwóch tygodni posypano całą ranę sproszkowanym jodoformem. Wydzieliny były jednakże tak jeszcze silne, że najmniéj co drugi dzień opaskę zmieniać musiano. Gdy i teraz jeszcze ziarnina nie nadawała się wcale do dermoplastyki czyli pokrycia jéj skórą, przypomniano sobie naftalinę. Całą powierzchnię ziarninową pokrył Dr. W. grubą warstwą naftaliny i założył zwykły opatrunek; jednakże już nazajutrz opaska więcéj niż kiedykolwiek przesiąkła ropą cuchnącą, ziarnina przybrała barwę czarno-żółtawą, a chora nadto na dotkliwy skarżyła się ból. Powrócono do jodoformu, który tutaj więcéj zdziałał, niż którykolwiek inny środek, ograniczając wydzieliny i usuwając przykrą woń tychże. Ziarnina zaś dobra przeważnie po ponownem wyskrobaniu wytworzyła się. Tak więc naftalina nie była w stanie jodoformu zastąpić, a nawet zapach jéj może dla niejednego jest jeszcze przykrzejszym od jodoformu. Kol. Koszutski utrzymuje, że przy zanogcicy naftalina na sprawę gojenia jest bez skutku, podczas gdy jodoform wkrótce takową usuwa. Szyszkowiny stożkowate według kol. Koszutskiego bez operacyi i bez bólu zmniejszają się i zasychając opadają po posmarowaniu maścią, składającą się z jednéj części szałwii, dwóch części waseliny i nieco olejku terpentynowego.

W końcu ułożono porządek dzienny dla przyszłego Walnego Zgromadzenia mającego się odbyć 23 czerwca i na tém posiedzenie zakończono.

Dr. B. Wicherkiewicz.

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

(K. Gr.) Zimnica we Włoszech. Według wykazu statystycznego wydanego przez włoskie Ministerstwo wojny przeszło 40.000 żołnierzy pada rocznie ofiarą zimnicy we Włoszech, koszta zaś utrzymania szpitali dla tego rodzaju chorych przenoszą 3,500.000 zlr. Choroby zimnicze wzmogły się tak co do rozszerzenia się jak i co do natężenia od czasu, gdy zaczęto budować koleje żelazne. (*The Lancet*).

☐ W Bernie szwajcarskiém odbędzie się 27, 28, 29 i 30 b. m. Zjazd przeciwników szczepienia ospy ochronnéj. Tak zwolennicy jak i przeciwnicy szczepienia ospy, oraz leczenia za pomocą przyrzutów złagodzonych, są zaproszeni do wzięcia udziału w Zjeździe. Komitet złożony z 14 berneńskich przeciwników szczepienia zajmuje się organizacyją Zjazdu, którego przewodniczącym obrano Dra Boënsa. (*Le Progrès médical*, Nr. 36).

☐ Rada higijeniczna departamentu Sekwany przyjęła wnioski prof. Brouardela, ażeby w razie wybuchu epidemii cholerycznéj w Paryżu nie palić ciał zmarłych na cholerę, a to z powodu, że wszelkie poszukiwania sądowolekarskie zostałyby uniemożebnione, i ludzie posądzeni o trucicielstwo nie mogliby być ani oczyszczeni, ani przekonani. (*La Sam. med.* 30 sierpnia).

☐ Pomysł zakładania baraków szpitalnych należy się podług Dra Fischera Leibnitzowi. Opierając na zdaniu ówczesnych powag lekarskich, że szpitale stają się często ogniskiem zarazy, „*seminarium mortis*,“ jak je Leibnitz nazywa, sławny ten filozof proponował już w r. 1714 budowanie drewnianych baraków, które po każdéj epidemii palić należy. (*D. Zeitschr. f. Chirurgie* 14 sierpnia).

* Liczba obłąkanych w Ameryce północnéj wzrasta w sposób przerażający. W r. 1880 wynosiła ona 89—96.000 czyli jeden obłąkany przypadek na 570 a względnie na 520 mieszkańców.

☐ Dr. Barthelemy utrzymuje, że wykazy statystyczne Fourniera dostatecznie przekonywają, że kiła nie mniéj gubi ludzkość niż cholera; lekarze o tém dobrze już wiedzą. Publiczność jednak nie spostrzega złych skutków powolnie lecz ustawicznie działającéj kiły, i temu tylko przypisać należy, że ogół znosi chętnie uciążliwe środki ochronne, zarządzane przeciw cholerze, natomiast nie domaga się surowych przepisów, któreby powstrzymały szerzenie się kiły. (*Arch. gén. de Medecine*).

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 20 września. Od tygodnia Sejm galicyjski otwarty; w przemówieniach Marszałka i Namiestnika nie było zapowiedzi przedłożenia jakiegoś projektu, mającego styczność z zawodem lekarskim; dotąd nie otrzymaliśmy także sprawozdania z czynności Departamentu V Wydziału krajowego, które rok rocznie Sejmowi się przedkłada, a które dotychczas już na kilka tygodni lub przynajmniéj dni przed zagajeniem Sejmu regularnie nas dochodziło!

* Doszedł nas Kalendarz lekarski na r. 1884 ułożony przez Dra Jana Stellę-Sawickiego, inspektora szpitali galicyjskich, (Lwów 1884, nakładem księgarni Gubrynowicza i Schmidta). Dr. S. wyraża przekonanie, że żaden z kalendarzy niemieckich lub francuskich nie zawiera tyle potrzebnych wiadomości, — przekonanie to podzielamy w zupełności przejrzawszy nader obfitą treść kalendarza, który prezentuje się jak najlepiéj nie tylko pod względem treści, ale i pod względem formatu i druku. W rzeczy saméj niepodobna było nagromadzić więcéj przedmiotów w ramach tak ciasnych; to też lekarz znajdzie w kalendarzu Dra S. wszystko, czego tylko w podobnych podręcznikach zwykł szukać. Dokładny spis lekarzy i chirurgów w Galicyi praktykujących ma również niezaprzeczone znaczenie praktyczne dla każdego lekarza polskiego, a zwłaszcza galicyjskiego. Poczuwamy się więc do obowiązku polecenia kolegom w mowie będącego kalendarza jak najusilniéj i nie wątpimy, że w zupełności wyruguje z obiegu kalendarze niemieckie, nie uwzględniające wcale stosunków naszych.

* W sobotę d. 22 bm. odbędzie się poświęcenie domu zdrowia, założonego i urządzonego przez Dra Gwiazdomorskiego, a przyjmowanie chorych rozpocznie się o parę dni późniéj. Dr. G. wywiązał się więc szybko z zadania, którego się podjął; korzystając z pory letniéj przeprowadził adaptacyję domu na własność nabytego, a przekonaliśmy się na miejscu, że umieszczenie chorych już jest możebném. Poprzestajemy na teraz na téj wzmiance, zachowując sobie do przyszłego numeru kilka uwag nad nowo powstającym zakładem.

* **Praga czeska**. W Nrze 37 Časopisu lek. česk. prof. Janovský zamieszcza bardzo pochlebną ocenę dzieła kol. Krówczyńskiego.—Temi dniami ukaże się Kalendarz lekarzów czeskich na r. 1884, ozdobiony podobizną prof. Janovskiego.

☐ W Pradze wkrótce otwartą zostanie czeska poliklinika, przeznaczona dla uzupełnienia wykładów uniwersyteckich.

* **Wiedeń**. Nie ulega już wątpliwości, że w połowie października, to jest z początkiem roku szkolnego, budowa zakładu patologicznego będzie ukończoną: pozostaje bowiem tylko jeszcze uzupełnienie urządzenia wewnętrznego sali sekcyjnych, które są okazalemi w całém słowa znaczeniu. Imponują one nie tylko obszarem swoim i światłem (boczném i górném), ale nadto wodociągami i oświetleniem nie tylko gazowém ale i elektryczném; przyrządy ustawione w piwnicy pozostawać będą pod opieką osobnego maszynisty, któremu nawet ma być dodany pomocnik. Zaprawdę powinszować należy Wiedniowi takiego zakładu a ubolewać nad niedolą naszą!

☐ **Francyja** zakłada nową oazę cywilizacyi na Wschodzie. W przyszłym miesiącu nastąpi otwarcie francuskiéj szkoły lekarskiéj w Beyrucie (Syryja). Budynek, w który ze strony rządu francuskiego włożono 150.000 fr., już jest gotów, gabinety zaopatrzono w przyrządy i okazy. Profesorowie będą wybrani z wychowańców uniwersytetów francuskich, mianowanie ich będzie zależeć od Ministerstwa oświaty rządu Rzeczypospolitéj.

☐ Prof. Virchow zajmuje tyle stanowisk i jest czynnym w tak obszernym zakresie, że niektóre niemieckie dzienniki wątpią, ażeby jeden człowiek podołał tak mnogiéj i wszechstronnéj pracy. Jest on profesorem patologicznéj anatomii i ogólnéj patologii, dyrektorem patologicznego instytutu, kierownikiem oddziału w szpitalu Charité, redaktorem dzienników: *Jahresbericht*, *Archiv* i *Zeitschrift f. Ethnologie*, członkiem Rady państwa, posłem na sejm pruski, współpracownikiem dziennika *Archiv f. Anthropologie*, wreszcie uczestniczy w bardzo wielu komisyjach czasowych. Przypuścić należy, że w tych wszystkich zajęciach, w których zastępstwo jest możebném, Virchow posługuje się pomocnikami.

☐ *Berliner klin. Wochenschr.* (z 20 sierpnia) pisze, że Dr. Silbermann wynalazł sondę, którą można uciskać prawy lub lewy moczowód tak, że ani jedna kropla do pęcherza nie dostanie się; zachody te mają swe znaczenie w rozpoznawaniu chorób nerek. Próby wykonane z tym przyrządem dowiodły jego użyteczności.

☐ *D. med. Zeit.* (30 sierpnia) dowiaduje się z *Australian Medical Gazette*, że niektóre plemiona Australii wytwarzają sztuczne spodziectwo (*Hypospadiasis*). Mężczyzna mający dwoje dzieci ulega operacyi przetoki cewki moczowéj z dołu, tuż przy mosznach, a to w celu zapobieżenia dostawania się nasienia do pochwy. Są także plemiona, które poddają téj operacyi każdego mężczyznę, z wyjątkiem wybranych, do rozplenu przeznaczonych.

☐ Dobrze powodzi się amerykańskiemu dziennikarstwu lekarskiemu, skoro pozwala sobie np. takiego wydatku: w kilka godzin po zamknięciu angielskiego sierpniowego Zjazdu lekarzy, który odbył się w Liwerpolu, nowojorska gazeta *Medical Record* wydrukowała sprawozdanie zjazdowe, oraz mowę Dra Harrisona, otrzymawszy to wszystko drogą telegraficzną. O cenie téj depeszy można powziąść wyobrażenie z tego, że rzeczone sprawozdanie i mowa Dra Harrisona zajęły 11 kolumn drobnego druku. (*Wracz* Nr. 34).

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga czeska.** Dr. Jarosław Hlava, b. asystent prof. Klebsa mianowany został zastępcą prof. anatomii patolog., a docent Dr. Bělohoubek zastępcą prof. farmakognozyi w Wydziale lek. czeskim.

† Dr. STANISŁAW KOŚMIŃSKI

* Stan lekarski i piśmiennictwo nasze poniosły ogromną stratę; jeden z najgorliwszych i najpracowitszych kolegów umarł śmier-

cią nagłą, przedwczesną niestety dla nauki, którą szczerze miłował. Wiadomość o śmierci Dra Stanisława Kośmińskiego przeraziła wszystkich lekarzy, umiejących cenić pracę sumienną, niezmordowaną. Takich pracowników u nas mało, bardzo mało i dlatego w dwójnasób bolejemy nad têm, że nieubłagana śmierć wyrwała z grona naszego jednego z najlepszych, że utworzyła lukę, która nie tak prędko się zapełni! My zdala stojący, którzy nie mieli przyjemności znać osobiście nieboszczyka, przywykliśmy od dawna upatrywać w nim uosobioną pracę, której złożył świetne dowody czy to jako biblijotekarz Tow. lek. warsz., czy to jako wydawca Słownika lekarzów polskich, czy téż to jako tłumacz celniejszych dzieł lekarskich, czy wreszcie jako autor cennych prac oryginalnych. Jeżeli uwzględnimy, że wszystkich tych prac dokonał nieboszczyk w ciągu lat 15, to têm większym staje się ból z powodu niespodziañéj utraty tak zacnego i naśladowania godnego kolegi. Bodajby przykład jego przyświecał młodszemu pokoleniu lekarzy naszych, bodajby znalazł się ktoś, którýby godnie uczcił pamięć zmarłego przez doprowadzenie do końca ostatniéj jego pracy, tak pięknie przez niego rozpoczętéj i do połowy doprowadzonéj!

W nadziei, że ktoś z kolegów, którzy go bliżéj znali, skreśli obszerniéj żywot jego zasłużony, poprzestajemy na teraz na kilku datach bijograficznych. Śp. Stanisław Kośmiński urodził się w Warszawie d. 22 maja 1837 r.; po ukończeniu nauk gimn. uczęszczał na Wydział lekarski w Moskwie od r. 1856—1861. W r. 1863 bawił we Wiedniu i Pradze, w r. 1864 w Paryżu; po powrocie do kraju pełnił przez czas krótki obowiązki lekarza powiatowego w Zakroczymiu, a następnie asystenta przy klinice ocznéj prof. Szokalskiego w Warszawie. Przez 2 lata (1867 do 1868) bawił w Berlinie, doskonaląc się w okulistyce pod kierunkiem Graefego. Od r. 1871 był kustoszem biblijoteki Tow. lek. warsz., a na stanowisku têm wielkie położył zasługi! Cześć pamięci zacnego, zasłużonego męża!

---

* W Krems umarł lekarz sztabowy Dr. Kaempf, b. docent okulistyki w Uniw. wiedeńskim. — W Gietyndze umarł tajny starszy radca lekarski Dr. Baum, b. profesor chirurgii tamże, w sędziwym wieku 84 lat. — We Wiedniu zmarł nagle d. 14 bm. docent neuropatologii Dr. Natan Weiss, licząc zaledwie lat 35. Zmarły należał do najzdolniejszych młodszych lekarzy wiedeńskich i własną pracą i zabiegliwością wyrobił sobie w krótkim czasie stanowisko poważne i zdobył sobie uznanie świata lekarskiego. Przed kilką miesięcy dopiero mianowany został elektroterapeutą szpitala powszechnego, i gorączkowo przystąpił do pracy. Śmierć przecięła pasmo życia pracowitego, które pięknie rokowało na przyszłość. Znane są prace jego w dziedzinie newropatologii; celował on nadto darem wymowy i bystrością dyjagnostyczną. Nieprzyjaciel przesady i blagi nie przepuszczał nikomu, jeżeli wietrzył nieprawdę, i ztąd niejeden słuszne miał powody unikania go. Na wykłady jego uczęszczali przeważnie lekarze zamiejscowi; to też niespodziewana śmierć jego zrobiła wrażenie nie tylko we Wiedniu. Pozostawia żonę, którą przed miesiącem dopiero był pojął. Cześć jego pamięci!

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:
W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 37: Korniłowicza: Dwa przypadki pląsawicy połowiczéj; Pawińskiego: Zwężenie i zatkanie tętnic wieńcowych serca pod względem fizyjolog. anat. patol. i klinicznym (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 37: Mączewskiego: Kilka słów o szczepieniu ospy ochronnéj. (C. d.).

Piśmiennictwo lekarskie. CHAMBERLAND Ch. Le charbon et la vaccination charbonneuse d'après les récents travaux de M. L. Pasteur. Av. fig. 8. Paris, Tignol. cart. Fr. 6½.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 29 września 1883. № 39. Rok XXII.

I. Przypadek ropnego zapalenia oka (rogówko-rzęskowo-tęczówkowego) po operacyi zaćmy.

Napisał Dr. B. Wicherkiewicz.

Zapalenie ropne w nagłówku wymienione wzmógłszy się do wyższego stopnia przechodzi zazwyczaj w zapalenie całéj gałki ocznéj przedstawiając obraz przygnębiający dla tkliwego operatora, a na domiar niszczy zupełnie wszelką nadzieję, jeżeli takowa nieszczęściem ślepoty dotkniętemu po dokończonéj operacyi zabłysła. Ale i wtenczas nawet, gdy to zapalenie niższego jest stopnia, pozostaje po jego ustąpieniu zupełne zarośnięcie źrenicy grubą błoną wysiękową. Tylko za pomocą powtórnéj operacyi udaje się, lubo nie zbyt często, przywrócić choremu jaki taki wzrok.

Ponieważ zdarzył mi się przypadek, w którym zapalenie tak silne, że wypadało się najgorszych lękać następstw, dało się zupełnie usunąć, a po kilku miesiącach nawet śladu całéj sprawy chorobowéj nie było, wzrok zaś bez wszelkich późniejszych rękoczynów zupełnie stał się zadowalającym odpowiadając nawet dobrym wynikom po operacyjach, które niczém nie zostały zamącone, pozwolę sobie w krótkich zarysach przypadek ten podać do wiadomości kolegów; tém bardziéj zaś pragnę historyję choroby, któréj pomyślne zakończenie bez wątpienia należy do rzadkości, uchronić od zapomnienia, ile że skłaniam się ostateczny wynik leczenia przypisać przeważnie środkowi, o którego skuteczności w sprawach zapalnych ócz niejednokrotnie sam żywém i martwém słowem wspominałem. Mam tu na myśli jodoform. Powróćmy doń raz jeszcze, wprzód jednak pomówmy o przypadku samym.

K. D. 62-letni kasyjer dominijalny z G., człowiek szczupły, źle odżywiony i nad swój wiek staro wyglądający, przybył do mnie 23 lutego 1882 z poczynającą się zaćmą jądrową prawego, a twardą zaćmą jądro-korową oka lewego.

Po rozszerzeniu dzielnie na światło oddziaływającéj źrenicy lewego oka za pomocą atropinu, który tak silnie działał, że tęczówka we wązki zawiesiła się pierścień, można było przy ukośném oświetleniu rozpoznać duże jądro sięgające prawie aż do powierzchni przedniéj ściany torebki. Od obwodu zaś jądra liczne ku równikowi soczewki i dość grube, ciemne dochodziły promienie wśród nieco przeźroczystéj lub twardéj na pozór kory. Torebka trochę miejscami zgrubiała i połyskująca; objętość zaś soczewki zdawała się być nieco może mniejszą niż zwykle. Co do wzroku, to chory prawém okiem liczył palce na 6—8′, lewém okiem rozpoznawał poruszenia ręki. Siatkówka obu ócz we wszystkich częściach prawidłowo czuła na światło. Nazajutrz przystąpiłem do operacyi, którą odmienionym sposobem Graefego tak wykonałem:

Przecięcie rogówki nożykiem wązkim (w górnéj części) średniéj wielkości płasko-łukowe zaskrajne; zakłucie i wykłucie stósownie do przepisów metody przed brzegiem twardówki, wyjście górą z utworzeniem małego płata spojówkowego. Po wycięciu dużego kawałka tęczówki soczewka krawędzią nastawiała się w ranę. Przypuszczając zanik więzadła Zinna, a tém samém wskazanie do wydobycia soczewki w zamkniętéj torebce, sposobiłem się do wprowadzenia łyżki Pagenstechera. W tém pokazuje się fałd ciała szklanego tłoczący się w ranę; przyspieszyłem więc wydobycie łyżką, lecz w chwili, gdy soczewka mniejszą połową opuściła wnętrze gałki, torebka pęka, wydostaje się tylko duże nadzwyczaj jądro otoczone twardą korą, podczas gdy torebka zbyt mocno jeszcze złączona od strony nosa z więzadłem Zinna zwinąwszy się, pozostała na wewnątrz po za tęczówką. Tymczasem fałd ciała szklanego, które okazało się rozpulchnioném, pękł i nastąpił nieznaczny tegoż upływ.

W obec takiego stanu rzeczy nie można się było kusić o wydobycie torebki. Zresztą źrenica zupełnie była czarna, o czém spokojnie mogłem się przekonać, ponieważ dobrze przylegające brzegi rany powstrzymywały dalszy upływ ciała szklanego.

Po wyczyszczeniu należytém rany zakroplono roztwór atropinu i założono opatrunek w sposób następujący:

Oko przy zamkniętych powiekach posypano sproszkowanym jodoformem, na to położono płatek waseliną pomazany, a na niego nałożono dostateczną ilość waty, którą przymocowano gazą umaczaną w 5% roztworze kwasu karbolowego.

Dnia tego chory nie skarżył się na ból, to téż dla uniknięcia niebezpieczeństwa świeżego upływu ciała szklanego opaskę zmieniono dopiero nazajutrz rano. Wtenczas téż już chory skarżył się na przemijający ból gniotący.

Brzegi rany znaleźliśmy dobrze przylegające i zlepione, żrenicę dużą czystą, tęczówkę nieco przekrwioną, przy wewnętrznym końcu zdziergacza tęczówki widzieć można było zwiniętą, nieco zmętnioną torebkę, spojówka zaś w okolicy wewnętrznego kącika znacznie więcéj jeszcze obrzękła.

Zapuszczono znowu atropin i założono świeży opatrunek jak dnia poprzedniego.

Dnia trzeciego chory skarży się na większe ciśnienie, powieki już są nieco nabrzmiałe i czerwone, spojówka w okolicy wewnętrznego kącika znacznie więcéj jeszcze obrzękła, tak nawet dalece, że fałd jéj zachodzi na rogówkę, która przy bocznêm oświetleniu wydaje się i to najbardziéj w okolicy rany zamgloną, ciecz zaś przedniéj komórki lekko zmętnioną. Tęczówka przybrała kolor zielonawy, żrenica mniéj rozszerzona, a dotykanie przeważnie w okolicy wewnętrznego kącika bolesne.

Zapuszczono atropin i robiono najprzód pół godziny okłady ze zwyczajnéj zimnéj wody, a późniéj lodowéj (płatkami ziębionemi na lodzie) i to przez 3 godziny. Potém powtórnie założono opatrunek jodoformowy.

Po okładach ból na kilkanaście godzin ustąpił, lecz następnéj nocy powrócił; chory jednakże „nie chcąc przeszkadzać nikomu“ czekał z objawieniem swych dolegliwości aż do rana.

Po zdjęciu opaski cała gałka zdaje się wystawać a w szparę powiekową wciska się obrzękła spojówka. Rogówkowy brzeg rany nieco nabrzmiały, żółtawy. Od brzegu żółtawe smugi ciągną ku obwodowi rogówki. Tęczówka silniéj przekrwiona, nawet nabrzmiała, cała ciecz przedniéj komórki zamglona przymieszkami ropiastemi, najwięcéj zaś na wewnątrz na około zwitka torebkowego.

W obec tak silnie wzmagającego się zapalenia, przystąpiłem do następującego sposobu leczenia:

Atropin, maść jodoformową (3:20) co kilka godzin wcierano w czoło, w skroń i w kark, a po przyłożeniu płatka płóciennego pomaczanego takąż maścią joooformową okłady wodą lodową. Z powodu zaparcia stolca łyżka oleju rącznikowego.

Nad wieczorem cały obraz chorobowy staje się jeszcze wyrazistszym.

Obrzmiała spojówka wydzielająca dość obfity płyn ropiasto-śluzowy coraz więcéj odsuwa powieki, brzegi rany operacyjnéj wyraźnie ropiasto naciekłe. Do nich dochodzą silnie rozdęte, miejscami pękające naczynia spojówkowe.

Objawy przedmiotowe, a mianowicie silny ból w potylicy wzmaga się. Dla dokładności dodaję, że od czasu pierwszych objawów zapalnych oka chory w nieregularnych odstępach czasu uczuwał dreszcze i gorączkę, która jednakże ciepłomierzem nie dała się wykryć.

Dociekając powodu niewątpliwego zakażenia rany przypuszczamy w obec przestrzegania największéj czystości przy operacyi, że przyczyny zapalenia szukać wypada w chorym. Najwięcéj zaś podejrzanemi zdawały nam się dziąsła, które co kilka dni po operacyi przedstawiały się sine, pokryte brudno-szarą smrodliwą masą i do zębów nieprzylegające. Zdaje się, że mocne palenie cygar przed operacyją przytłumiało nader przykrą woń, wydobywającą się po operacyi bez przeszkody.

Obwiniając dziąsła o przyczynienie się, jeżeli nie wywołanie tego ropnego zapalenia, zaleciliśmy płukanie co godzina i czyszczenie dziąseł wodą, z dodatkiem nastoju jodowego i kwasu karbolowego. Co do oka zaś, cały sposób leczenia poprzednio przepisany pozostał ten sam. Okłady robiono całą noc.

Dnia 18go chory ma jeszcze ból oka, ale mniejszy, nabrzmienio spojówki już nie robi żadnych postępów, tak samo jak i nabrzmienie powiek, po za tęczówką widać na wewnątrz w głębi ciała szklanego, o ile żrenica jeszcze światło przepuszcza, żółty odblask łączący się ze zwitkiem torebki, który także w ropiastém jest otoczeniu. Wydzielina spojówkowa może nieco mniéj obfita. Do dotychczasowéj terapii dodano:

12 pijawek na skroń i pigułki z dwuchlorku rtęciowego co 2 godziny 0,01. W miejsce atropinu zaś przepisaliśmy ezeryn ½% zakraplany trzy razy w ciągu dnia.

Wieczorem: Chory czuje się dobrze, bez bólu, już po pijawkach uczuł ulgę, okłady lodowe bardzo sobie chwali, obrzmienie spojówki widocznie zmniejsza się, wydzielina skąpsza. Odtąd též zapalenie zdaje się cofać.

Sposób leczenia poprzedni rozciągnięto i na noc.

19go chory spał dobrze nie mając najmniejszego bólu, obrzmienie spojówki gałkowéj bardzo znacznie się zmniejszyło, tak, że powieki łatwo już odciągnąć można, wydzielina także nieznaczna, rogówka zaś więcéj przeźroczysta, a naciek brzegu rany widocznie ogranicza się. Żrenica pod wpływem ezerynu zwęziła się, lecz za to wysięk w niéj słabszy.

Z powodu braku łaknienia i nadzwyczaj obłożonego języka zaprzestano podawać pigułki rtęciowe. W ciągu następującéj nocy wszelkie objawy nieco już więcéj ustąpiły, to też przy rannéj wizycie dnia 20go nie zmieniono w niczém leczenia; stósowano tylko zamiast ezerynu znowu rozczyn atropinu.

Atoli pod wieczór tegoż dnia obrzmienie spojówki powtórnie się nieco wzmogło, mianowicie w zewnętrznéj stronie gałki. Powróciliśmy więc do ezerynu.

Noc następna była spokojna, a przy wizycie rannéj dnia 21 chory na żaden nie skarży się ból, otwiera téż oko to bardzo dobrze, tylko gardło dokucza przy połykaniu.

Terapija: Ezeryn, okłady, pigułki rtęciowe co 3 godziny, płukanie chloranem potasowym.

Nad wieczorem oko staje się wrażliwém na światło, chory twierdzi znowu, że ma gorączkę i skarży się na ból gardła, w którém jednakże prócz obfitego śluzu nic nie widać nieprawidłowego.

Nie chcąc przytaczać ciągłym porządkiem zapisków klinicznych, streszczę historyję dalszego przebiegu choroby:

Otóż tak obrzmienie spojówki gałkowéj jakoteż wysięk żreniczny, i w ogóle wszystkie objawy chorobowe oka przy leczeniu, które polegało od 24 lutego na czasowych okładach lodowych i zapuszczaniu naprzemian to ezerynu to atropinu raz lub dwa razy dziennie i wcieraniu maści jodoformowéj tak dalece ustąpiły, że ostatniego lutego oko to tak się przedstawiało:

Powieki zaledwo jeszcze czerwone, obrzmienie spojówki i gałki prawie nie pozostawiło śladu, a biała twardówka miejscami zaczyna już przebijać, tęczówka przybiera pierwotny niebieskawy swój kolor i nie jest już wcale nabrzmiałą, źrenica duża regularna, a tylko cieniutka błona wysiękowa w niéj utrudnia rozpoznanie głębszych części gałki; natomiast we wewnętrznogórnym kąciku źrenicy widać zwitek torebki w otoczeniu nieco zaćmionèm. W ciele szklanèm zaś już przy zwyczajnem oświetleniu i bez wszelkich środków pomocniczych rozpoznać można bardzo liczne i znaczne płaty poruszające się przy zwrotach gałki; mianowicie jeden większy płat mógł być około 10 mm. długi a 6—8 mm. szeroki; więcéj naturalnie uwydatniały się te zaćmienia przy oświetleniu wziernikiem. Z powodu tych zaćmień dno oka jest jeszcze zupełnie niewidzialne. Wzrok jednakże do tyla już powrócił, że chory okiem lewém w oddaleniu kilku stóp rozpoznaje palce.

Tegoż jeszcze dnia wraca chory do domu mając sobie polecone, aby zapuszczał co kilka dni atropin i wcierał kilka razy dziennie maść jodoformową jak dotychczas.

Odtąd co kilka lub kilkanaście dni przedstawiał się chory w poliklinice.

Przy badaniu 16 marca mogliśmy się przekonać, że źrenica stała się jeszcze czyściejszą, zaćmienia w ciele szklaném znacznie się zmniejszyły a chory za pomocą szkła + 9 D'. rozpoznaje palce na 8 stóp.

W tydzień później okazała się gałka na pierwszy rzut oka zupełnie białą, źrenica czystą, a w ciele szklaném widać było dobrze poruszające się jak ryby we wodzie szare zaćmienia, mianowicie dołem i na wewnątrz, gdzie większy płat jednym końcem przyczepionym być się zdaje do ciała rzęskowego. Stósownie do tego pole ograniczone na zewnątrz ku górze.

Choremu polecono odtąd atropin zapuszczać tylko raz na tydzień, natomiast pozostać przy maści jodoformowéj, a dla ogólnego wzmocnienia przepisałem mu pigułki z chininu i masy pigułkowéj Valleta (*ferrum carb. oxydulatum*).

Przy tém leczeniu pozostał chory aż do 6 maja, gdzie ponowne badanie wykazało co następuje:

Oko lewe pod względem wejrzenia powróciło do prawidłowych stosunków, mięśnie tęczówkowe odzyskały swą siłę, to téż źrenica zupełnie czysta zwęża się na działanie światła, tylko we wewnętrznym jéj kąciku widać zwitek torebkowy otoczony jeszcze błoną wysiękową i; w części zrosły z tęczówką. W ciele szklaném owe wielkie zaćmienia prawie zupełnie znikły, natomiast wiele więcéj drobniejszych zaćmień; tarczę, jakoteż w ogóle dno oka, dokładnie rozeznać można. Znaczniejsze żyły naczyniówki wydają się trochę szerokie, zresztą dno oka prawidłowe. Naprężenie gałki także prawidłowe, dotykanie niebolesne.

Badany wzrok tak się przedstawia: V. lewego oka $^{10}/_{100}$ Hp. 11 D. czyta J. 13 za pomocą + 15 D.

Choremu przepisano okulary + 11 D. na lewe oko i polecono używanie nadal przepisanych środków. Nadto dodano jeszcze jodek potasowy po 1 grm. dziennie.

Jak widzę mimo woli szerzéj rozwiodłem się w opisie tego przypadku, aniżeli pierwotnie zamierzałem, to też nie chcąc nadużywać cierpliwości czytelnika szybkim krokiem dobiegnę do końca.

Otóż ostatni raz widząc chorego w końcu czerwca z. r. znalazłem u niego wzrok znowu o wiele lepszy. V. lewego oka $^{20}/_{50}$ Hp. 12 J. 3 + 16 a wszystkie zaćmienia ciała szklanego prawie zupełnie znikły.

Przyzna téż każdy nieuprzedzony, że zakończenie tak pomyślne po tak silném zapaleniu rogówki, prawie całéj jagodówki a w następstwie i ciała szklanego, co najmniéj nadzwyczajną jest rzadkością.

Jakiemu środkowi zawdzięczyć wypada w pierwszym rzędzie lub téż jedynie ten wpływ na przebieg zapalenia, trudno wyśledzić. Wzgląd na chorych nie pozwala w podobnych razach lekarzowi obrać drogi doświadczeń, lecz przeciwnie obowiązkiem to naszym, a każdy sądzę z kolegów pewnie się na to zgodzi, dobierać, gdy chodzi o jedyną wygraną lub przegraną, o nasze *to be or not to be*, dla wzroku, a może nawet i całéj gałki, dobierać mówię, takich środków, które stósownie do chwilowych objawów najodpowiedniejszemi nam się zdają.

Może téż tylko wszystkie razem wzięte połączonemi siłami zdziałały to, czego żaden pojedynczy środek dokazać nie byłby w stanie.

Późniejsze jednak doświadczenia przekonały mnie, że jodoform energicznie wcierany w postaci maści co kilka godzin w okolicę oka, usuwa nie tylko ostre świeże zapalenia najrozmaitszych tkanek i części oka, ale przedewszystkiém przyczynia się do szybkiego wessania wysięków tęczówkowych i ciała rzęskowego; ostatnie, jak wiadomo, uwydatniają się jako zaćmienia ciała szklanego. Jeżeli mnie nawet moje spostrzeżenia nie mylą, to siła ta sprowadzająca wessanie utworów chorobowych tak jest znaczną, że jodoform długo używany przyspiesza nadzwyczaj zanik gałki tam, gdzie wszystkie jéj tkanki chorobowo były zmienione, tj. w przypadkach *panophthalmitis*.

Z tych to właśnie powodów w powyżéj przytoczonym przypadku z pomiędzy środków zastósowanych na pierwszém miejscu jodoformowi przypisuję skuteczne działanie.

Przyszłość wykaże, czy podobne przypuszczenie jest uzasadnione!

II. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

X.
Podpalenie. Wątpliwy stan umysłowy.

Podał Prof. Dr. **Blumenstok**.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 38).

Jednak tylko przez 11 miesięcy zdołał Paweł K. cieszyć się wolnością; albowiem d. 12 stycznia 1882 r. żandarmeryja doniosła Prokuratoryi, że Paweł K. podczas pobytu swego w domu w rozmaitych czasach i przed różnymi świadkami przyznał się do podpalenia chałupy brata swego, że czynu tego dopuścił się ze zemsty i wcale go nie żałuje, jakkolwiek nie mógł przewidzieć, że pożar ogarnie tak liczne chałupy, będące własnością osób obojętnych i zrządzi tak wielką szkodę; również przyznał się, że w areszcie śledczym oszukał lekarzy, udając obłąkanego. — Gdy w skutek przesłuchania świadków powołanych doniesienie żandarmeryi okazało się uzasadnioném, Paweł K. d. 13 stycznia ponownie uwięziony został; przesłuchany wypierał się wszystkiego, jednak Sędzia śledczy zapisał w protokole uwagę, że przesłuchany ma dobrą pamięć i jest przebiegłym.

Gdy Sąd wyższy zezwolił na wznowienie śledztwa, poddano Pawła K. ponownemu badaniu przez dwóch innych

znawców Drów C. i D., z których sprawozdania wyjmujemy następujące szczegóły i ustępy:

Badanie: Paweł K. miernie odżywiony, o cerze twarzy nieco przybladłéj lecz bez odcienia żółtego, mięśnie dość jędrne, pomimo, że badany dłuższy czas fizycznie nie pracuje; badany trzyma się prosto, zachowując postawę wojskową, ruchy jego umiarowe, pewne, spokojne, przy uśmiechu zauważano jednostronne tylko pochylenie kąta ust strony lewéj. Czaszka prawidłowéj budowy nie wykazuje żadnych widocznych zboczeń w którymkolwiek wymiarze, wyraz twarzy nieco zadumany, ale nie głupkowaty, przeciwnie zauważono, iż przebija się w nich spryt i przebiegłość. Twarz lekko pomarszczona barwy nieco wybladłéj, toż samo i błony śluzowe ust i dziąseł. Wypuk klatki piersiowéj jawny i pełny, serce prawidłowéj wielkości, ruchy jego umiarowe, odgłos zastawek czysty, tętno sprychowe regularne, tętnica prawidłowa. Brzuch nieco wzdęty, żołądek rozdęty, wątroba niepowiększona, wypuk śledziony nie wykazuje przerostu, ani w kierunku szerokości ani długości, kiszki dają odgłos bębenkowy. Narząd płciowy zewnętrzny wątły. Badany uskarża się często na uczucie głodu, twierdząc że porcyje podane niewystarczają mu, niepodaje jednak, aby w czasie tym, t. j. w ostatnich miesiącach, doznawał zawrotu głowy albo téż ciśnienia w okolicy śledziony. Pytany w ciągu kilkunastu wizyt odpowiada zupełnie jasno i logicznie nie powtarzając się wcale; podaje dokładnie, że wychowany na wsi zajmował się gospodarstwem pomagając ojcu w czynnościach, bracia i siostry żyli z nim w najlepszéj zgodzie, czytać i pisać nie uczył się, gdyż, jak twierdzi, w owych czasach nie było téj ustawy, chętnie jednak brał się do gospodarstwa znajdując w niém upodobanie. W 20 roku życia oddany był do kirasyjerów; pytany daléj jak mu się wojsko podobało, jacy byli przełożeni jego tak w pułku jakoteż w szwadronie, daléj którędy maszerowano do obozu, w jaki sposób obóz był urządzony, jaki wypłacano żołd, jak długo leżeli obozem w Palermo itd., odpowiada jasno z zdrowym poglądem na życie szeregowca skreślając ciężkie czasy, jakie przebył, nim nauczono go musztry i jazdy itd. W różnych bywał miejscowościach kwaterowany, najdłużéj w samym Wiedniu. Obyczaje ludu na Morawie chwali sobie bardzo, podobały mu się tamtejsze strony, żyzność okolicy, dostatek, we Włoszech to już gorzéj, nie lubiano ich i dla tego służba była trudna i ciągła *Bereitschaft*, ot zwyczajnie jak w kraju nieprzyjacielskim, przytém bardzo było gorąco, jedzenie nie takie jak u nas, a duszno jak w piecu; opowiada ze szczegółami, jak pułk wyruszał przeciw nieprzyjacielowi, gdy nagle zerwała się taka burza straszna, że świata widać nie było; przypomina sobie dokładnie, że milę od Werony leżeli obozem przez kilka dni, tam napił się jakiejś cuchnącéj wody i od téj chwili czuł, iż dostał dreszczu, zapadł na siłach, służbę pełnił jednak daléj, na koniu odbył marsz do Wiednia, gdzie pułk ich przez 3 lata był w garnizonie, w szpitalu był kilka razy, zawsze jednak krótko, odesłany do szwadronu pełnił jak twierdzi służbę łatwiejszą; po 3ch latach odesłany z urlopem do domu przebywał w K. bez przerwy do roku 1866, w tym roku zgłosił się na ochotnika, gdyż jak powiada, rozgłoszono po wsiach, iż żandarmeryja uwięzi wszystkich urlopników, którzy dobrowolnie się nie zgłoszą. Aby zapobiedz téj przykréj ewentualności sam się zgłosił w Brzeżanach i podaje dokładnie, że wyszedł w Święta Zielone a wrócił aż w jesieni. Zebrane pieniądze w kwocie 30 złr., które zaoszczędził sobie w wojsku, częściowo porozdawał pomiędzy ludzi. Po powrocie swym na wieś nie cierpiał na żadną chorobę niebezpieczną, ale od czasu do czasu wszystko go bolało, tak że robić nie mógł i musiał przeleżeć się; czasu dokładnie podać nie umie, kiedy występowały te objawy osłabienia fizycznego, pewnego typu nie zauważał; w Wiedniu będąc w garnizonie zażywał jakieś lekarstwa, dłużéj nad tydzień nie leżał w szpitalu, w domu nie radził się nikogo, gdyż spokój, ciepło i dobra strawa najlepiéj mu pomagały, tylko niestety, że z tego powodu ciągle miał utarczki z bratową i krewnymi, którzy wtedy mu jeść nie chcieli dawać, niewierząc w prawdziwość jego cierpienia.

Odwidzany wielokrotnie przez znawców zachował zawsze wrodzony spokój, podania jego tak co do przeszłości jakotéż co obecnego stanu brzmią zawsze jednakowo, nie myli się, nie bredzi, nie zbija tego co podał przed kilku tygodniami, uskarża się ciągle, dla czego go właściwie trzymają, kiedy on o niczém nie wie a chociaż zarzucają mu podłożenie ognia w K., toć przecież on nie winien, bo natenczas był w B. Stan jego fizyczny aż do połowy lipca b. r. był zupełnie jednakowy, podniesionéj ani obniżonéj ciepłoty nie spostrzeżono u niego; wprawdzie twierdzą współwięźniowie, że K. nie sypia w nocy, za to w dzień kilkakrotnie zastano go śpiącego na deskach więziennych, towarzyszom nie opowiadał nigdy o czasach, które dotyczyłyby uwięzienia. Od drugiéj połowy lipca począł się uskarżać na ból w żołądku, i podaje, że miewa silne morzyska w jelitach, łaknienie nie jest obecnie tak spotęgowane jak pierwéj, badanie żołądka wykazuje znaczne wydęcie gazami, wymiary powiększone, śledzionę prawidłowéj wielkości. O zeznaniach świadków twierdzi stanowczo, że są nieprawdziwe, on tego nie mówił, a zresztą on sobie nie przypomina, czy kiedykolwiek o tém z powyższemi osobami rozmawiał, wszyscy mają tylko złość na niego i z tego urosły podobne opowiadania. W kaźni zachowuje się spokojnie, rozmawia ze wszystkimi, wykonywa chętnie roboty, pamięta o tém bez przypomnienia, aby z podwórza przynieść potrzebne rekwizyta, szczególnie wesołym nie jest, ale téż nie zauważono, ażeby przedstawiał znamiona właściwe zadumie lub obłąkaniu.

Orzeczenie: Paweł K. nie przedstawia obecnie żadnych znamion fizycznych zaznaczających powrotną zimnicę; wprawdzie prawdopodobném jest, iż będąc we Włoszech w r. 1858 nabawił się febry tak zwykłéj na południu i że w skutek częstych przypadów takowéj znacznie na zdrowiu podupadł; jednak dzisiejszy stan jego zdrowia, brak przerostu śledziony a wejrzenie stosunkowo dobre pewną nadaje rękojmię, iż przypady zimnicze u K. ustąpiły co najmniéj od czasu, odkąd znajduje się w śledztwie. K. żali się od kilku tygodni na ciśnienie i pełność w żołądku i w jelitach, lecz przyczyną tego cierpienia była niestrawność tak trudna w téj porze roku do unikania; tak więc wykluczamy wszelki związek przyczynowy z rzekomém charłactwem zimniczém. Wiemy daléj z podań wiarygodnych świadków, iż K. był jednym z najlepszych kosarzy we wsi, jest to okoliczność, którą zaznaczamy jako dość ważną, dowodzi ona bowiem, że K. zawsze odpowiednie posiadał siły fizyczne, a okoliczność ta wyklucza charłactwo. Jego zachowanie się obecne, dokładne podanie przeszłości, pamięć rzeczy nawet drobiazgowych z całego życia, z wyjątkiem tylko zdarzenia w K.,

przekonały nas zupełnie, że badany aczkolwiek przedstawia na pierwszy rzut oka pewne znamiona zadumy, przecież jest zupełnie poczytnym, znamiona bowiem te jak wzrok pochmurny, nieudzielanie się współwiężniom, niechęć do pracy nie są jeszcze objawami rozstroju umysłowego lub przypadami pomięszania zmysłów, ale znamieniem usposobienia z natury już melancholicznego. Reasumując więc nasze spostrzeżenia orzekamy, że badany Paweł K. jest zupełnie poczytny a wszelkie z jego strony podane przedstawienia i w ogóle odpowiedzi jego zdradzają dobrze obmyślaną symulacyję.

Wreszcie zapytano jeszczcze pp. znawców, aby wypowiedzieli zdanie swoje co do okoliczności, że K. ciężko żalił się, jakoby mu mało jeść dawano, a względnie, że wiele jadać musiał. Na zapytanie to odpowiedzieli:

Wszelkie potrawy używane przez wieśniaków naszych zawierają nadzwyczaj mało białka a więc istoty, która udziela ustrojowi siły prawdziwéj; jeżeli uwzględnimy daléj tę okoliczność, że K. dłuższy czas cierpiał na zimnicę, przez co wiele utracić musiał istot białkowych, przeto zupełnie uzasadnione odzywa się prawo natury, która pragnie odzyskać dawną równowagę zaznaczającą się tém, iż człowiek taki przez dłuższy czas wiele pochłania żywności; od jéj jakości zależy, czy następuje to z pożytkiem albo też z niekorzyścią dla organizmu: w obecnym przypadku nie podlega wątpliwości, iż pożywienie Pawła K. nie składało się z mięsa, mleka, lecz z potraw roślinnych, zaczém też i rozdęcie żołądka przemawia, w każdym jednak razie zwiększone łaknienie u Pawła K. niema cechy téj, jaką spotyka się u ludzi obłędem dotkniętych, którzy ulegając popędowi wewnętrznemu pochłaniają rzeczy niestrawne, jak słomę itp., tego nie zauważono nigdy u obwinionego. Zresztą wzrost jego 65 cali, waga 71½ kilograma, rozwój należyty układu kostnego, przemawia stanowczo za tém, iż człowiek ten stosunkowo do budowy swéj znacznéj potrzebował ilości pożywienia, lecz jak już wspomnieliśmy idzie tu o jakość a nie o ilość pożywienia, a jaką ona była i wiele jéj Pawłowi K. na wsi podawano, tego oznaczyć nie podobna, aby z tego uzasadnione wysnuć zdanie o wrzekomo chorobowéj żarłoczności badanego; o ile jednak w czasie jego uwięzienia zauważono nie należy K. do żarłoków, lecz odpowiednio do wzrostu swego i budowy więcéj potrzebuje żywności aniżeli człowiek wątły. Zauważane pochylenie lewego kąta ust, występujące przy uśmiechu nawet i w mowie Pawła K., nadaje wyrazowi twarzy pewnéj cechy chorobowéj, dzieje się to jednak li tylko przy obserwacyi powierzchownéj, badając obwinionego dłużéj i częściéj nie napotykamy w dziedzinie nerwów zaopatrujących twarz żadnego zboczenia; stanowczo więc przypuścić należy, że nie symetryczne to działanie mięśni twarzowych nie jest skutkiem jakiegoś zaburzenia, lecz wadą wrodzoną występującą bardzo często u ludzi zupełnie zresztą zdrowych, chytrych, jak tego uczy fizyjognomika. Na podstawie więc badań naszych orzekamy: że stan Pawła K. aczkolwiek nosi cechę lekkiéj melancholii nie jest jednak tego rodzaju, ażeby pozbawiał go poczytności, przeciwnie zachowanie jego utwierdza nas w tém przekonaniu, iż jest to chytrą symulacyją, którą już poprzednio zaznaczyliśmy; nie zgadzamy się więc ze zdaniem pp. znawców pierwszych, jakoby przypuszczona przez nich niepoczytność K. polegała na tle niedokrewności pozimniczéj, tém mniéj, że opisanego przez nich charłactwa obecnie skonstatować nie mogliśmy. Ponieważ w czasie tylotygodniowéj obserwacyi naszéj nie zauważano żadnych zaburzeń w sferze umysłowéj, ponieważ daléj nie skonstatowaliśmy przypadów, któreby zaznaczały zimnicę albo też w skutek téjże wynikłe charłactwo, utrzymujemy, że K. dobrze obmyślaną symulacyją się powoduje i prawdopodobnie tym sposobem zdołał w błąd wprowadzić pp. znawców pierwszych, z czego wynika, że zdaniem naszém K. w czasie popełnienia zbrodni nie pozostawał ani w stanie przemijającego pomięszania zmysłów, ani też w innym obłędzie, w którymby nie wiedział co czynił.

Ponieważ orzeczenie znawców drugich było wprost przeciwném orzeczeniu pierwszych, Sąd już z tego powodu oraz ze względu na ważność sprawy przesłał akta do Wydziału Lek. z prośbą o wydanie orzeczenia stanowczego i udzielenie odpowiedzi na pytanie: czy jest prawdopodobném, iż obwiniony w czasie popełnienia zarzuconego mu czynu znajdował się w takim stanie przemijającego pomięszania zmysłów, że nie był świadom czynu swego (§. 2, lit. *c) k. k.*)?

(Dokończenie nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. C. Weigert (Lipsk): **O drogach, któremi jad gruźliczy dostaje się do błon surowiczych.**

Błony surowicze odznaczają się tém z małemi wyjątkami, że jakikolwiek jad dostawszy się do worka surowiczego ma skłonność do szerzenia się na całéj ich powierzchni. Do tego przyczyniają się bezwątpienia ruchy narządów objętych workami surowiczemi, jakoto: serce, płuca, jelita; dlatego też zrosty między blaszkami błon surowiczych przeszkadzają rozpościeraniu się gruźlicy.

Ale zachodzi pytanie, jaką drogą w ogóle jad gruźliczy dostaje się do worków surowiczych? Dzieje się to z małemi wyjątkami, o których niżéj, przez bezpośrednie szerzenie się od sąsiednich narządów, nie zaś z ogólnego krążenia a więc błony surowicze zachowują się względem gruźlicy podobnie, jak względem innych spraw grzybkowych i nowotworów złośliwych, to jest że bardzo trudno zatrzymują je z ogólnego krążenia. Co się tyczy gruźlicy prosówkowéj to z doświadczenia przy stole sekcyjnym możemy oznaczyć narządy, w których się ona z ogólnego krążenia usadawia, mianowicie śledziona, płuca, wątroba i nerki w pierwszym rzędzie, następnie szpik kostny, serce, gruczoł tarczykowy, naczyniówka. Często wprawdzie zdarza się w ostréj ogólnéj gruźlicy prosówkowéj gruźlicze zapalenie otrzewny, opłucny itd., ale nie jest ona skutkiem ogólnego zakażenia krwi, tylko pochodzi z bezpośredniego szerzenia się z sąsiednich narządów.

Aby to twierdzenie udowodnić, przechodzi autor do szczegółowego omówienia pojedyńczych błon surowiczych i tak co się tyczy opłucnéj, to najczęściéj gruźlica przenosi się na nią z płuc. W znaczniéj rozwiniętych suchotach gruźliczych, jeżeli jama opłucnowa choć w części istnieje, widzimy bardzo często, że do ognisk serowatych, które sięgają do powierzchni płuc, dołączają się gruźlicze zapalenia opłucny. Brak ich może być wtedy, jeżeli gnilne czynniki wezmą górę, szczególnie w odmie opłucnowéj; podobnie jak się to dzieje z prątkami wąglikowemi, które skutkiem przewagi zaczynów gnilnych nie mogą się daléj rozwijać.

Zdarzają się jednak przypadki gruźliczego zapalenia opłucnéj wrzekomo pierwotnego, tj. bez zmian w płucach. Od dawna téż wiadomo, że samoistne zapalenie opłucnéj jest podejrzane o gruźlicę, choć może występować u ludzi nie okazujących ani śladu cierpienia płuc. Dalszy przebieg często usprawiedliwia to podejrzenie i te to przypadki dały podstawę do twierdzenia, że przez zagęszczenie wypociny samoistnego zapalenia opłucnéj powstają masy serowate a następnie skaza gruźlicza i suchoty płucne itp. Lecz wiemy, że zagęszczenie ropy a zserowacenie są to dwie zupełnie odmienne sprawy, musimy więc te przypadki uważać za polegające na tle zakażenia gruźliczego; to też jeżeli śmierć nastąpi wkrótce po takiém zapaleniu opłucnéj, znajdujemy przy oględzinach w ścianach opłucnéj i jéj zrostach prosówkowe gruzełki. Jeżeli zaś śmierć nastąpi po latach, to wynik ujemny pod tym względem często się zdarzający nie dowodzi jeszcze niczego; boć coraz więcéj nabieramy przekonania, że gruźlica nie jest znowu chorobą bezwzględnie nieuleczną.

W każdym razie chodzi tu o rozstrzygnięcie pytania, jaką drogą jad gruźliczy dostał się do jamy opłucnowéj. Otóż możnaby sobie wyobrazić, że zakażenie nastąpiło przez wdechanie, przyczém jad gruźliczy przeszedł przez płuca nie wywoławszy w nich żadnych zmian. Jednak to przypuszczenie nie ma racyi bytu w obec faktu, że W. znajdował w tych razach stale ogniska gruźlicze w płucach, i to nie koniecznie w szczytach, a przytém tak małe, że nie mogły dawać za życia żadnych przedmiotowych ani podmiotowych objawów. Z drugiéj strony właśnie te przypadki miały, z powodu braku zrostów opłucnowych, warunki odpowiednie do szerzenia się sprawy gruźliczéj na powierzchni opłucnéj przez ruchy oddechowe płuc i ocieranie się wzajemne blaszki trzewowéj i ściennéj opłucnéj i ztąd obfita wypocina opłucnowa.

W tych zaś przypadkach, w których nie ma żadnych zmian w płucach, znajdują się najczęściéj ogniska serowate w gruczołach oskrzelowych, mianowicie u małych dzieci. Aby jad gruźliczy mógł przechodzić z gruczołów tych na opłucnę, muszą się wpierw wytworzyć zrosty między niemi a opłucną, bo tylko wtedy sprawa szerzy się *per contiguitatem;* dlatego wtedy widzimy gruzełki najgęściéj skupione właśnie koło tych gruczołów. Rzadziéj stanowią pierwotne ognisko gruczoły oskrzelowe u osób dorosłych, bo téż w ogóle zmiany serowate w tychże gruczołach wyjątkowo tylko są tak wysokiego stopnia jak u dzieci.

Często, i to przeważnie u dorosłych, jad gruźliczy przechodzi z sąsiednich jam na opłucnę mianowicie z otrzewnéj i to posuwanie się następuje nie drogą naczyń limfatycznych, bo wtedy trudnoby było wyobrazić sobie, jak może sprawa naodwrót przechodzić z opłucnéj na otrzewnę; a więc znowu musimy przypuścić szerzenie się przez przyległość. Najrzadziéj stosunkowo, przynajmniéj u dorosłych, przechodzi jad gruźliczy z innych narządów sąsiednich, np. ze stosu pacierzowego lub żeber.

Co się tyczy osierdzia, to ono nie stoi w związku bezpośrednim z żadnym organem stykającym się z powietrzem, tak jak opłucna z płucem; ztąd téż gruźlica osierdzia jest rzadszą niż opłucnéj i najczęściéj przenosi się z téj ostatniéj, szerząc się na wskroś tych błon surowiczych przez przyległość a tylko w bardzo rzadkich przypadkach pochodzi ona z rozsianych gruzełków serca (których patogeneza jeszcze nieznana). Równie rzadko zdarza się gruźlica pierwotna osierdzia, którą chciano uważać za najdobitniejszy dowód, że gruźlica może drogą naczyń krwionośnych się szerzyć na błonach surowiczych, lecz według doświadczenia W. i wtedy jest ognisko pierwotne zawsze gdzieindziéj, mianowicie w gruczołach limfatycznych i to nieoskrzelowych, ale w małych gruczołach leżących na przedniéj ścianie listka osierdziowego ściennego w śródpiersiu przedniém. Że dotąd na nie uwagi nie zwrócono, pochodzi ztąd, że są one bardzo małe, bo nawet uległszy zserowaceniu dochodzą zaledwie wielkości grochu. Szerzenie się z nich gruźlicy na opłucnę odbywa się jak w poprzednich przypadkach przez przyległość.

Trudniéj jest orzec, jakie warunki potrzebne są do wytworzenia się gruźlicy otrzewnéj; bo z jednéj strony otrzewna do jelit, do których jad gruźliczy dostaje się w znacznéj ilości przez połykanie zwłaszcza plwocin, stoi w takim stosunku, jak opłucna do płuc a z drugiéj strony ogólna gruźlica otrzewny jest o wiele rzadszą niż opłucny, a jest to tém dziwniejszém, o ile że w miejscach odpowiadających wrzodom w jelitach znajdujemy bardzo często gruzełki odosobnione, tak dalece, że to uważamy nawet za cechę wrzodów gruźliczych i że wtedy nie ma i zrostów otrzewnowych, jak się to na opłucnéj bardzo często zdarza, któreby tamowały ruch robaczkowy. Otóż przyczyna leży w tém, że jad nie dostaje się wolny do jamy otrzewnowéj, tylko oddzielony jest otrzewną. W innych przypadkach dostaje się wprawdzie z tkanki podsurowiczéj na powierzchnię otrzewnéj, ale w tak małéj ilości, że się prątki nie mogą rozszerzyć na całéj jéj powierzchni i wtedy znajdujemy zmiany w zatoce odbytnico-pęcherzowéj, względnie odbytnico-macicznéj i maciczno-pęcherzowéj otrzewny. Te przestwory uważa W. niejako za zbiorniki, do których się dostają drobne cząstki, jak komórki rakowe, prątki gruźlicze itd., a rozmnożywszy się mogą napowrót szerzyć się na całéj otrzewnéj, lecz chorzy z rozległemi owrzodzeniami jelit zwykle wcześniéj umierają, zanim do tego przyjdzie. W przeważnéj liczbie przypadków ogólnéj gruźlicy otrzewnéj jad gruźliczy nagromadza się w tak znacznéj ilości w jamie otrzewnowéj, że wspomniane zatoki nie wystarczają do przyjęcia go, ale i wtedy są pewne miejsca uprzywilejowane, w których zmiany gruźlicze są największe; bo tu małe stosunkowo wychylenia ruchu robaczkowego nie ścierają niejako prątków z powierzchni otrzewnéj, a do tych miejsc należą przedewszystkiém znowu fałd odbytnico-pęcherzowy, daléj przestrzeń między wątrobą, śledzioną i przeponą.

Dostanie się jadu gruźliczego w większéj ilości do jamy otrzewnéj ma miejsce w następujących warunkach: jeżeli następuje powolne przebicie wrzodu; wtedy bowiem tworzą się zrosty, nieprzepuszczające pierwiastków gnilnych, któreby mogły sprowadzić gnilne zapalenie otrzewny, bo prątki gnilne nie mogą przezwyciężyć oporu, który im stawiają młode komórki tkanki łącznéj; gdy dla prątków gruźliczych są te ostatnie najżyźniejszą glebą.

Drugiém częstém źródłem wielkiéj ilości jadu gruźliczego jest gruźlica narządu płciowego kobiety; bo trąbki, jak wiadomo, komunikują bezpośrednio z jamą brzuszną; lecz tu potrzeba dwóch warunków a mianowicie: zmiany gruźlicze muszą się odnosić do części brzusznéj trąbek i ujście trąbek nie powinno być oddzielone od jamy otrzewnowéj starszemi błonami wrzekomemi. Wprawdzie w obec stwierdzonych doświadczeń, że molekularne cząstki np. barwika dostawszy się do jamy brzusznéj postępują we wprost przeciwnym kierunku to jest z otrzewny na macicę, twierdzenie takie mogłoby się wydawać nielogicznem; ale trzeba

uwzględnić, że ruch migawkowy, który posuwa cząstki np. barwika po powierzchni wewnętrznéj trąbek nie ma dla gruźlicy znaczenia, bo tu sprawa toczy się w saméj błonie śluzowéj, a tam gdzie są zmiany gruźlicze, migawkowy przybłonek dawno został zniszczony.

Wspomniano wyżéj, że sprawa gruźlicza tak dobrze może się szerzyć z otrzewny na opłucnę jak i na odwrót a ten ostatni sposób szerzenia się poznajemy wtenczas, jeżeli obok starszego zapalenia opłucny znajdujemy świeże zmiany gruźlicze na otrzewnéj. Wreszcie źródłem ogólnéj gruźlicy otrzewny mogą być większe gruzełki narządów a nią otoczonych najczęściéj wątroby i śledziony. Prócz tego pozostaje pewna część przypadków gruźlicy otrzewny, któréj patogeneza jest jak dotąd ciemna, mianowicie zdarza się, że gruźlica otrzewny występuje obok marskości wątroby a między temi sprawami chorobowemi może zachodzić dwojaki związek: albo wielka ilość gruzełków prosówkowych wywołuje proliferacyję tkanki łącznéj w wątrobie podobnie jak i na otrzewnéj i takie przypadki opisuje Brieger. Rozumie się, że nie ma mowy o takim związku przyczynowym w tych razach, jeżeli obok świeżéj gruźlicy otrzewny istnieje marskość wątroby wysokiego stopnia. Z drugiéj strony obie te sprawy zdarzają się obok siebie tak często, że nie można wątpić, że związek jakiś między niemi zachodzi, więc zdaje się, że i marskość wątroby może ułatwiać nagromadzenie się jadu gruźliczego w jamie otrzewny, co W. tłumaczy w ten sposób, że ciecz przesączynowa nagromadzona w tych razach w jamie brzusznéj stanowi żywioł bardzo odpowiedni dla wzmożenia się prątków, które potrzebują tylko w małéj ilości dostać się do jamy brzusznéj i to jak wyżéj powiedziano, z owrzodzeń w jelitach.

Lecz są przypadki podobne bez owrzodzeń w jelitach, wtedy nie pozostaje nic innego, jak przypuścić, że naczynia chłonicze przyjmują w siebie jad gruźlicy z gałęzi żyły bramnéj a następnie oddają go cieczy przesączynowéj. Że takie wessanie przez naczynia chłonicze jest możebne, dowodzi tego t. zw. *tabes mesaraica*, w któréj naczynia limfatyczne przyjmują jad gruźliczy i przenoszą go z jednych do drugich gruczołów kreskowyah. Z drugiéj strony są przypadki, w których znajdują się wrzody gruźlicze, obok marskości wątroby z jéj następstwami a mimo tego nie ma gruźlicy ogólnéj na otrzewnéj. Wyjaśnienie téj okoliczności należy dopiero do przyszłości, może prątki nie miały dość czasu, by się rozmnożyć w odpowiedniéj ilości? Wreszcie zastanawia się W. nad jedném jeszcze pytaniem: wiadomo, że wprowadzenie drobnych upostaciowanych składników a nawet drobnowidowych żyjątek do jamy otrzewnowéj ma ten sam skutek jak wstrzyknięcie ich wprost do krwi; dlaczegóż więc gruźlica otrzewny nie wywołuje gruźlicy ogólnéj? Przyczyna tego tkwi w tém, że prątki gruźlicze rozmnażają się powoli i że wywołując zapalenie gruźlicze w naczyniach limfatycznych, zamykają sobie niejako same drogę do dalszego szerzenia się, a więc tylko w tych przypadkach są korzystne warunki do dostania się prątków w krążenie krwi ogólne, w których większa ilość prątków przechodzi z otrzewny do naczyń limfatycznych nagle, to jest zanim się wytworzy zapalenie serowate w tychże. *(Deutsche mediz. Wochenschrift*, Nr. 31, 32, 1873). *Dr. Otto.*

Leube: O leczeniu mocznicy.

W miarę jak zmieniają się zapatrywania co do istoty mocznicy, podlega również zmianie sposób leczenia tego groźnego przypadu, większa jednak część stósowanych środków nie cieszy się długo zaufaniem lekarzy i idzie w zapomnienie. Los podobny spotkał już przetwory rtęciowe, chinowe, kwas mlekowy, będźwinowy, po części środki moczopędne i napotne. Wychodząc z innego zapatrywania polecano pijawki na skroń, upust krwi, lub jéj przetoczenie, lód na głowę, wstrzykiwania morfinu, makowiec, chloral i wdychanie chloroformu. Z tych wszystkich środków zjednało sobie zaufanie użycie środków czyszczących solnych, wdychiwanie par chloroformu, środków moczopędnych, a w nowszych czasach wstrzykiwania pilokarpinu. W ogóle przyjęto za pewne, że przypady mocznicy powstają w skutek niestosunku pomiędzy wytwarzaniem a wydzielaniem składników moczu. Niestosunek taki istnieje w przewłocznych chorobach nerek a mimo tego nie powstają przypady mocznicy, zachodzi tedy pytanie, jakim sposobem zapobiega organizm nagromadzeniu się składników moczu albo przynajmniéj usunięciu ich szkodliwego działania? Podwyższenie parcia ościennego w układzie tętniczym kompenzuje w części to nagromadzenie się przynajmniéj co do ilości wody, nerki nie są jednak jedynym narządem wydzielniczym a w sprawie téj bierze niewątpliwie udział skóra i błona śluzowa jelit, gruczołom ślinnym i błonie śluzowéj oskrzeli nie można téż odmówić pewnego udziału w wydzielaniu mocznika a Fleischer wykazał mocznik w plwocinach i ślinie osób cierpiących choroby nerkowe. (*Wiener med. Blätter* 1883). Jeżeli wydzielanie temi drogami dozna przeszkody, bywa mocznica nieuniknioném następstwem. Pewien wpływ na powstawanie jéj mają również wysięki surowicze, w których mocznik również się gromadzi. Łatwo pojąć, że leczenie powinno mieć za zadanie sprzyjać tym sposobom kompenzacyjnym lub je sprowadzać a jako przykład może posłużyć skutek wstrzykiwań pilokarpinu, środek ten bowiem podnieca wydzielanie dwiema drogami. Jakkolwiek jednak na pierwszy rzut oka wydawać się może ten sposób postępowania najodpowiedniejszym, to dopiero dokładniejsze zastanowienie musi przekonać, czy można w ten sposób osiągnąć cel zamierzony.

Z doświadczeń Fleischera wynika, że wydzielanie śliny wzmaga się z początkiem napadu mocznicowego, w najlepszym jednak razie ilość mocznika wydzielonego tą drogą nie dorównywa jednemu gramowi na dobę. Znacznie więcéj składników moczu może się organizm pozbyć przez skórę, wśród wznieconéj czynności wydzielniczéj gruczołów potnych. Dowodzą tego, nader rzadkie wprawdzie przypadki krystalizowania téj soli na powierzchni skóry; z drugiéj strony jednak nie udało się badaczom sprowadzić przez wstrzykiwania pilokarpinu zwiększonego wydzielania azotu przez skórę. To samo dotyczy przewodu pokarmowego, za pomocą którego mała tylko ilość składników moczu może ustrój opuścić, tak że o ustępowaniu przewodu pokarmowego w sprawie wydzielniczéj nie można wcale mówić. Oceniając skutki przyjścia w pomoc tych nadzwyczajnych dróg wydzielniczych należy mieć koniecznie na oku, że sprzyjanie wydzielaniu większéj ilości wody nie usuwa wcale niebezpieczeństwa, owszem wzmaga je, gdyż wtedy ilość mocznika względnie do innych składników krwi staje się większą a zgodnie z tém rozumowaniem spostrzega się przy łóżku chorego napady mocznicy, występujące bezpośrednio po zastósowaniu energicznego leczenia napotnego.

Powyższe uwagi przekonywają, że lecząc mocznicę należy przedewszystkiém starać się o wydzielanie składników szkodliwych drogami naturalnemi, tj. z moczem. To też podawanie środków moczopędnych bywa wieńczone często bar-

dzo dobrym skutkiem. Środki te działać mogą tylko wtedy, gdy następuje podniecenie czynności wydzielniczéj nerek i odpływ moczu. Jestto jednak niemożliwém w obec mechanicznego zamknięcia dróg moczowych i w przebiegu ostrego zapalenia nerek, w przypadku ostatnim z powodu zmian anatomicznych przybłonka nerek i zwolnienia krążenia w kłębkach. Tak tedy widoczna, że leczenie mocznicy nie może być jednakiém w każdym przypadku a doświadczenie przy łóżku chorego stwierdza w zupełności zdanie, że w miarę tego z jakiemi zmianami anatomicznemi ma się do czynienia, należy odmiennie leczyć ten groźny przypad.

Jeżeli mocznica występuje nagle (w przebiegu ostrego zapalenia nerek, lub przy mechaniczném zamknięciu dróg moczowych), napotyka podawanie środków moczopędnych i czyszczących wewnętrznie na trudności niedające się przezwyciężyć. Natomiast nie stoi nic na przeszkodzie stósowaniu środków napotnych, a mianowicie pilokarpinu, który właśnie w tych przypadkach zjednał sobie wzięcie. W pierwszym rzędzie należy w tych przypadkach uwzględnić tętno podczas napadu mocznicowego, które według spostrzeżeń Riegla, stwierdzonych przez Leubego, bywa już wcześnie w zapaleniu nerek ostrém wyraźnie twardsze i wolniejsze, podczas samego napadu mocznicy bywa więc tętno albo twarde i wielkie albo też małe. W ostatnim razie poda każdy lekarz środek podniecający czynność serca, a mianowicie wstrzyknie kamforę lub eter podskórnie, gdyż naparstnica, działając nader wolno, będzie wskazaną w przypadkach mocznicy niewystępującéj nagle lecz stopniowo się rozwijającéj. W przypadkach należących do pierwszéj kategoryi, w których napad powstaje nagle a tętno jest wielkie i twarde, może być raczéj wszystko inne wskazaném aniżeli podniecenie czynności serca, która zapewne stoi w związku z krwotokami mózgowemi napotykanemi tak często przy sekcyjach ludzi zmarłych wśród lub po napadzie mocznicy. Wziewanie chloroformu nie sprawia ulgi wcale dla tego, jakoby obniżało parcie ościenne w układzie naczyniowym, lecz dla tego, że sprzyja wydzielaniu moczu i jego składników, o czém przekonał się L. na zwierzętach. Zestawiając teraz wszystko, co powiedział o leczeniu napadów mocznicowych nagle występujących, zaleca L. postępowanie polegające na podawaniu środków podniecających, kamfory lub eteru podskórnie, pobudzeniu potów przez zawijanie w koce wełniane, a wreszcie przez wstrzykiwania pilokarpinu. Puchliny leczy najracyjonalniéj za pomocą punkcyi miejscowéj, podając chorym do picia mleko i szczawy naturalne ile tylko chcą i zauważa, że napady mocznicy w klinice jego są bardzo rzadkie w stosunku do liczby chorych na nerki.

W przypadkach schorzeń przewłocznych, wśród których nie zachodzi obawa nagłego wystąpienia napadu lecz pojawiają się przypady świadczące o zanieczyszczeniu krwi, a mianowicie ból głowy, apatyja, swędzenie skóry, wymioty lub napady dusznicy, należy energicznie zadziałać, aby usunąć niebezpieczeństwo gwałtownego napadu. Leczenie jest w tych przypadkach właściwie profilaktyczném. W początku podaje L. takim chorym dużo płynu do picia, chociażby nawet ilość moczu była pierwotnie zwiększoną, obok tego słabe środki moczopędne (wodę selterską, Vichy albo też azotan potasowy), gdyż mimo że chorzy oddają dużo moczu, wydzielają z nim mniejszą ilość mocznika niż w stanie prawidłowym. Oprócz tego ogólnego prawidła należy nieco odrębnie postępować w każdym poszczególnym przypadku a mianowicie: jeżeli tętno dotąd wolne i twarde przyspiesza się i mięknie, jest naparstnica wskazaną, zwłaszcza w tych przypadkach, w których zachodzi obawa, że słabnie siła serca, które dotąd energicznie kompenzowało. W przypadkach tych można liczyć na skuteczność naparstnicy, jeżeli tylko napad ten nie spotęguje się do stopnia życiu zagrażającego, zanim środek działający zwolna rozwinie swoje działanie. Żądanie, aby środek ten działał równie skutecznie we wszystkich przypadkach, jest równie nieusprawiedliwione jak żądanie, aby działał we wszystkich przypadkach niekompenzowanych wad zastawkowych wśród ustawania czynności przerosłego mięśnia sercowego. (*Wiener med. Blätter* Nr. 32 i 33, 1883).

Dr. Schatter.

Prof. Obersteiner: **O stosunku kiły do niedołęztwa porażennego.**

Dla rozstrzygnięcia téj spornéj, a tak ważnéj, kwestyi, nie dosyć jest — zdaniem autora — wykazać, że względnie wiele osób z niedołęztwem porażeniém *(dementia paralytica)* przebyło przed tém kiłę, lecz należy nadto dostarczyć dowodu, że kiła, nagabnąwszy ośrodki nerwowe, nie tylko wywołuje objawy niedołęztwa porażennego ale także sprowadza zmiany anatomiczne, jakie właśnie niedołęztwo porażenne cechują.

Autor badając 1.000 umysłowo chorych (660 mężczyzn a 340 kobiet) stwierdził niewątpliwie w 175 przypadkach niedołęztwo porażenne, z których 171 tyczyło się mężczyzn, a tylko 4 przypadki odnosiły się do kobiet. Dla czego stosunkowo tak mało kobiet znajdowało się między chorymi na niedołęztwo porażenne, tłumaczy O. tą okolicznością, że badania jego tyczyły się prawie wyłącznie chorych z lepszego stanu, z którego to stanu kobiety nadzwyczaj rzadko ulegają téj chorobie. Z ogólnéj liczby (1.000) chorych można było wykazać kiłę tylko w 73 przypadkach z wszelką pewnością, a w 37 przypadkach, tj. 21·6%, równocześnie niedołęztwo porażenne i kiłę. Aby jednak tę liczbę 21·6% należycie ocenić, trzeba ją porównać z liczbą przypadków, w których inne wpływy, a nie kiła, sprowadziły niedołęztwo porażenne. Z psychicznéj przyczyny, jak np. z nadmiernéj pracy umysłowéj, z przygnębienia umysłu itp., powstała wspomniana choroba tylko w 27 przypadkach, tj. 15·4%, z urazów zaś czaszki w 21 przypadkach, tj. 12%. Z tego więc okazuje się, że kiła jest najczęstszą przyczyną niedołęztwa porażennego, bo 21·6%, która to liczba tém większego znaczenia nabiera, jeżeli uwzględnimy, że we wszystkich innych chorobach umysłowych (825 przypadków) można było tylko w 37 przypadkach, tj. 4·1%, wykazać kiłę jako przyczynę choroby. Otóż w okresie trzeciorzędnéj kiły przydarza się niedołęztwo porażenne blisko 5 razy częściéj, niż inna jakakolwiekbądź choroba umysłowa. Za bezpośrednim przyczynowym związkiem pomiędzy obiema chorobami przemawia wreszcie czas, w którym po nabyciu kiły występują pierwsze objawy niedołęztwa porażennego. Czas ten bowiem, wynoszący najczęściéj 6—7 lat, odpowiada pojawianiu się trzeciorzędnéj kiły.

Nie trudno również dostarczyć dowodu, że zmiany anatomiczne, które kiła w ośrodkach nerwowych wywołuje, są zupełnie podobne do zmian anatomicznych, cechujących niedołęztwo porażenne. Obie bowiem choroby sprowadzają zmiany, polegające głównie na powolném, rozlaném zapaleniu opony miękkiéj i kory mózgowéj, a prowadzące do stwardnienia i zaniku (zob. Przegl. Lek. Nr. 22, 1883). W obec tego więc można niedołęztwo porażenne zaliczyć w przeważnéj liczbie przypadków w poczet objawów trzeciorzędnéj kiły.

W końcu wspomina autor, że w niektórych przypadkach objawy i przebieg choroby różnią się nieco od typowego niedołęztwa porażennego tak, że je rzeczywiście nazwać można w myśl Fourniera jako *pseudoparalysis syphilitica*.

Wreszcie nadmienia O., że do ocenienia czy niedołęztwo porażenne polega na tle kiłowém, posłużyć może wiek chorego (między 25 a 35 rokiem życia, a nie późniéj, jest zazwyczaj kiła przyczyną choroby), zachowanie się źrenic (nadmierne rozszerzenie tychże przydarza się częściéj w kile), a czasem skuteczność leczenia przeciwkiłowego. (*Wien. med. Wochenschr.* Nr. 33, 34, 1883). *Dr. Prus.*

IV. S. p. Stanisław Kośmiński [1]).

Dnia 14 września r. b. nieubłagana śmierć wydarła z łona naszego społeczeństwa pisarza niepospolitych zasług, jednego z najpracowitszych członków Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, lekarza pełnego gruntownéj wiedzy, z miłością i poświęceniem obowiązki swego powołania spełniającego, najzacniejszego kolegę, w całém znaczeniu tego słowa człowieka: Stanisława Kośmińskiego. Wieść o śmierci tego, który w sile wieku, bo w 46 roku życia, zamknął na zawsze powieki, by nie ujrzeć ukończonego ostatniego swego dzieła, chlubę naszemu piśmiennictwu przynoszącego, jak grom uderzyła w serca nasze i niesłychanie przygnębiające na wszystkich zrobiła wrażenie. Tyle nadziei, tyle planów na przyszłość, które dla dobra nauki i wiedzy ojczystéj śp. Stanisław przy swéj żelaznéj wytrwałości byłby urzeczywistnił naraz pogrzebanych! Zaiste strata to wielka, niepowetowana, któréj nic wynagrodzić nie zdoła.

Ś. p. Stanisław urodzony dnia 22 maja 1837 r. w Warszawie uczęszczał do gimnazyjum w rodzinném mieście, wydział zaś lekarski ukończył w r. 1861 w Moskwie. W roku 1862 kształcił się w różnych wszechnicach za granicą a w r. 1863 i 1864 niósł pomoc lekarską licznym rannym w szpitalach czasowych. Przez rok następny pełnił czynności lekarskie w Zakroczymiu jako lekarz obwodu zakroczymskiego. Wkrótce potém, bo w r. 1865 osiedlił się w Warszawie i niebawem został asystentem prywatnym w klinice ocznéj profesora Szokalskiego, z którym go odkąd aż do zgonu najserdeczniejsze łączyły stosunki. Zachęcony do okulistyki przez swego szanownego i pierwszego na tém polu przewodnika, udał się śp. Stanisław na studyja do Berlina, gdzie pod kierunkiem Graefego w końcu roku 1867 i połowie 1868 w okulistyce się doskonalił, poświęciwszy się z całém zamiłowaniem téj gałęzi wiedzy lekarskiéj, któréj odtąd jeżeli nie wyłącznie to przeważnie się oddawał. W ostatnich czasach z wielkim dla młodego pokolenia pożytkiem pracował w charakterze konsultanta przy warszawskim szpitalu dla dzieci. Od roku 1871 nieprzerwanie aż do zgonu pełnił obowiązki biblijotekarza warsz. Tow. lek. i na tém to polu położył zasługi, o których cała lekarska i naukowa społeczność nasza bez uczucia głębokiego poważania i wyrazów najwyższego uznania mówić nie potrafi.

W dwudziestu dwóch pracach, drukowanych w Pamiętniku warsz. Tow. lek., Medycynie, Klinice i Gazecie Warszawskiéj, których szczegółowy wykaz znajdzie czytelnik na 239 stronnicy Słownika lekarzów polskich, złożył śp. Stanisław dowody gruntownéj nauki i rzadkiéj sumienności w studyjowaniu literackich źródeł. Jedenaście z prac tych było treści okulistycznéj, cztery biblijograficzno-historycznéj, reszta z zakresu innych gałęzi nauk lekarskich, a oprócz tego dwa staranne przekłady poważnych dzieł Meyera i Zehendera o okulistyce traktujących. Raz tylko jeden ś. p. Stanisław chwycił za pióro, aby odeprzeć napaść, do któréj pobudką były względy nie koniecznie dobro nauki na celu mające.

Rozejrzawszy się w wykazie prac, o których na tém miejscu tylko liczebną wzmiankę uczynić mogliśmy, przekonywamy się, iż ś. p. Stanisław już do r. 1871 nie małe złożył dowody gruntownego wykształcenia i pracowitości; ale właściwie jego pożyteczna i obszerna działalność rozpoczyna się z chwilą jego wejścia do warszawskiego Towarzystwa lekarskiego i objęcia obowiązków biblijotekarza Towarzystwa. Tu dopiero ś. p. Stanisław znalazł się w swoim żywiole. Obdarzony wyborną pamięcią, władający pięknie ojczystym językiem, którego niepospolitym był znawcą a oprócz tego znający języki: grecki i łacinę a z żyjących: francuski, niemiecki, angielski, włoski, czeski i rosyjski, śp. Stanisław mając tak wyborne przygotowanie z całym zapałem wziął się do porządkowania biblijoteki Towarzystwa dziś już 18.000 tomów liczącéj, pracując wytrwale nad skatalogowaniem tak pokaźnego księgozbioru, do którego prócz książek liczne pisma peryjodyczne oraz rękopisy zaliczyć należy, w czém Mu dzielnie dopomagała czcigodna Jego małżonka, któréj za to warsz. Tow. lek. stósowne piśmienne podziękowanie wręczyło. Nie chcemy zmniejszać zasług poprzedników śp. Stanisława, owszem, z całém jesteśmy uznaniem dla ich mozolnéj pracy, ale wyznać musimy, iż on dopiero pierwszy książnicę Towarzystwa uporządkował i według zasad racyjonalnego księgoznawstwa ułożył. A któż przed nim pomyślał o uformowaniu wykazu rzeczy zawartych w Pamiętniku Towarzystwa, bez którego to wykazu nie było możności korzystania przed tém z materjału naukowego, jaki się w tém zbiorowém dziele zawierał? On to pierwszy powziął myśl utworzenia wykazu rzeczy zawartych w siedmdziesięciu dwóch tomach Pamiętnika warsz. Tow. lek. i myśl tę w r. 1876 do skutku doprowadził wydawszy obszerny tom XIV i 347 stron wynoszący, nad którym lat kilka wytrwale pracował. Na pochwałę Towarzystwa powiedzieć należy, iż umiało trudy Jego należycie ocenić, wyraziwszy mu swe uznanie zbiorową ucztą, na jaką śp. Stanisław rzetelnie zasłużył, chwyciwszy wszystkich za serca swoją wytrwałą i cichą pracą; bo gdy inni po całodziennych trudach na polu praktyki zażywali odpoczynku, on całe wieczory i noce poświęcał ulubionemu zajęciu nie szczędząc ani sił swoich ani kieszeni. Najważniejszą atoli pracą śp. Stanisława jest Słownik Lekarzów polskich, obejmujący oprócz życiorysów lekarzy polaków oraz cudzoziemców w Polsce osiadłych dokładną biblijografiją lekarską polską od czasów najdawniejszych aż do chwili obecnéj.

Dzieło to kolosalnéj pracy, do którego śp. Stanisław od lat kilkunastu zbierał materyjały i robił liczne poszukiwania tak w biblijotekach polskich jak i cudzoziemskich,

[1]) Podajemy niniejszém nekrolog napisany wielce zasłużonemu, świeżo zmarłemu Koledze przez Dra H. Dobrzyckiego a ogłoszony w Nrze 38 „Medycyny.“ Ponieważ nikt u nas nie znał osobiście nieboszczyka, sądziliśmy, że czytelnikom naszego tygodnika przysłużymy się najlepiéj, jeżeli pospieszymy z powtórzeniem słów serdecznych, napisanych przez kolegę, który jako bliżéj stojący w zupełności był powołanym do ocenienia nie tylko zasług piśmienniczych ale i przymiotów osobistych przedwcześnie zmarłego, zwłaszcza gdy autorem nekrologu jest lekarz tak zaszczytnie znany jak kol. Dobrzycki. *Red.*

zaczął wydawać poszytami własnym bardzo kosztownym nakładem. Dotąd dzieła tego wyszły dwa poszyty razem 320 dwuszpaltowych stron wielkiéj ósemki obejmujące i do litery M. doprowadzone. Prawdopodobnie całe dzieło na 4 poszyty obliczoném zostało, trzebaby zatém co najmniéj wydać jeszcze dwa poszyty dla uzupełnienia całości; lecz któż tego dokona? A byłoby jednakże niepowetowaną dla piśmiennictwa naszego stratą, gdyby w połowie wydawnictwo to zawieszoném zostało, gdyż wnosząc z systematyczności, jaką się autor zawsze odznaczał, spodziewać się należy, że cały materjał przygotowanym już został i że tylko dziś brak ręki, któraby go uporządkowała i ostatecznie do druku oddała. Dzieło to istotnie jest ważném, bo jest dokładném, jakościowém i ilościowém odźwierciedleniem naszego naukowego rozwoju pod względem wiedzy przyrodniczo-lekarskiéj od czasów najdawniejszych aż po dziś dzień. Robiono zarzut autorowi, że w Słowniku swym pomieścił zarówno i tych, którzy śladów swéj działalności pod względem piśmienniczym po sobie nie pozostawili, i że powinien był wykazem swym objąć tylko lekarzy, którzy na niwie literackiéj pracowali. Ale zarzut to niesłuszny, bo czyż lekarze, którzy drukiem nic nie ogłaszają już nie wywierają na swoje otoczenie intelektualnego wpływu? czyż przestają oni być przez to pewném wiedzy ogniskiem, na wytworzenie którego społeczność nie małe kapitały w postaci kosztownych instytucyj naukowych wydaje? Rozumiał śp. Stanisław, że pominąć milczeniem i wypuścić z wykazu ludzi wiedzy, acz prac swych drukiem nie ogłaszających, byłoby to uszczuplić obraz naszego umysłowego rozwoju, o wierne przedstawienie którego mu tak bardzo chodziło. Dzieło to śp. Stanisława śmiało można uważać jako uzupełnienie pod względem przyrodniczo-lekarskim klasycznéj biblijografii polskiéj Estreichera. W jakim celu zostało ono podjęte, odczuć mogą ci wszyscy, którzy zarówno jak śp. Stanisław w sercu miłość rodzinnéj ziemi pielęgnują.

Obdarzony najszlachetniejszemi uczuciami, skromnością i taktem w obejściu zawsze się odznaczający, z miłością i poświęceniem obowiązki swego powołania wykonywający, śp. Stanisław nigdy swéj pomocy biednym nie odmawiał i z całą bezinteresownością nieść im ją spieszył wspierając nieraz własnym, nie łatwo zapracowanym groszem. To téż nie mógł sobie nie zjednać powszechnego szacunku i przywiązania, z jakim dziś całe nasze społeczeństwo stratą jego dotknięte się odzywa. Zaprawdę najwspanialszy to pomnik, na jaki sobie człowiek zarobić może, gdy na mogiłę jego spada łza szczerego żalu i wdzięczności wyrytéj w sercu całego społeczeństwa.

Niech ziemia będzie Ci lekką, zacny kolego, mężu żelaznéj pracy, biegły lekarzu, chlubo naszego powołania, zacny i pełen uczuć ludzkich człowieku! Ziemia zniszczy Twe znikome szczątki, ale pamięć Twych zasług wiecznie żyć będzie. *H. Dobrzycki.*

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Otrzymaliśmy sprawozdanie Departamentu V Wydziału kraj. za rok 1882, (Sprawozd. Dr. Franciszek Hoszard), przedłożone Sejmowi i podajemy z niego ustępy ważniejsze:

Koszta leczenia i dotacyje dla Zakładów krajowych. Wys. Sejm przeznaczył w budżecie na r. 1882 w Rubr. III na koszta leczenia ubogich w szpitalach krajowych, zagranicznych, wojskowych i klinikach, kwotę 500.000 złr., zaś w Rubr. XI na dotacyje dla Zakładów krajowych kwotę 170.390 złr.; mianowicie: dla szpitala powsz. we Lwowie 44.569 złr., dla Zakładu obłąkanych na Kulparkowie 117.622 złr., dla szpitala św. Łazarza w Krakowie 4.909 złr., a dla funduszu podrzutków 3.290 złr, czyli razem w obu rubrykach kwotę 670.390 złr. a. w. Z tych wypłacono z funduszu krajowego do końca czerwca r. b. na rachunek Rubr. III 620.060 złr. zaś z Rubr. XI pobrał szpital krajowy we Lwowie dla oddziału położnic dotacyi 12.219 złr., zwrócił jednak funduszowi krajowemu nadwyżkę dochodów oddziału chorych w kwocie 7.478 złr., pobrał więc dla całego szpitala dotacyi tylko 4,741 złr. Fundusz podrzutków we Lwowie dostał 2.948 złr. Wydano zatem na dotacyje razem 7.689 złr. — Zakład obłąkanych w Kulparkowie nietylko zwrócił z własnych dochodów całą udzieloną mu w ciągu roku dotacyję, ale nadto oddał do funduszu krajowego nadwyżkę dochodów w kwocie 5.237 złr, Również szpital św. Łazarza w Krakowie nic nie pobierze z Rubr. XI, albowiem na poczet wziętych w ciągu roku 1882 dotacyi w kwocie 61.773 złr. miał już z końcem kwietnia r. b. w c. k. kasie poborowéj w Krakowie dochodu 75.912 złr., a więc posiada nadwyżkę dochodów w kwocie około 13.912 złr., którą zwróci funduszowi krajowemu. Takim sposobem nadwyżki dochodów wynosić będą razem 19.149 złr. a. w. — Strąciwszy od nich pobrane dotacyje okaże się, że z Rubr. XI nietylko nic nie wydano, lecz, że mamy w rezultacie nadwyżki dochodów 11.460 złr. A doliczywszy do téj sumy kwotę 170.390 złr. przez Wysoki Sejm dozwoloną a nie wydaną, okaże się, że mamy w Rubr. XI oszczędzonych 181.850 złr. a. w. Za to przekroczyliśmy Rubr. LI o 120.060 złr. Ostateczny rezultat obu tych rubryk — (III i XI) razem wziętych przedstawia się w wydatkach o 61.790 złr. korzystniejszy od budżetem dozwolonego. Dozwolono bowiem 670.390 złr., a wydano po strąceniu 11.460 złr. nadwyżek — tylko 608.600 złr.

Zniżenie taks. W r. 1882 zniżyliśmy dzienną taksę leczenia w szpitalu Bocheńskim o 3 centy, w Kołomyjskim o 9, w Lwowskim o 6, w Rzeszowskim o 5, w Tarnopolskim o 3, w r. zaś 1883, w szpitalu św. Łazarza w Krakowie na oddziałach chorych i położnic o 12, a na oddziałach obłąkanych i syfilitycznych o 18, nareszcie w szpitalu Wadowickim o 3 centy. Oszczędność osiągnięta przez zniżenie taks szpitalnych w ostatnich trzech latach (1881, 1882 i 1883) przedstawia wedle załączonego obliczenia roczną kwotę 47.898 złr.

Koszta szczepienia. W roku 1882 wyasygnował Wydział krajowy z Rubr. IV budżetu krajowego po koniec maja za koszta szczepienia kwotę 57.907 złr. t. j. o 23 złr. mniéj, niż Wysoki Sejm przeznaczył.

Dostarczanie krowianki Na podstawie uchwalonéj w budżecie krajowym na rok 1883 w rubr. IV poz. 35 kwoty 1.600 złr., przeznaczonéj na utrzymanie i odświeżanie krowianki. zawarliśmy 16 listopada 1882 umowę z p. Kubickim, weterynarzem, który wspólnie z Drem Pawlikowskim zobowiązał się dostarczyć w r. 1883 trzy tysiące podwójnych kostek, pokrytych dobrą krowianką, tyle bowiem potrzeba w kraju na zwykłe roczne szczepienie i na rewakcynacyję.

Nagrody. Za odznaczenie się przy szczepieniu i rewakcynacyi ospy ochronnéj w r. 1882, a na przedstawienie c. k. Rady zdrowia, przyznaliśmy nagrodę 200 złr. Drowi Julijuszowi Bandrowskiemu w Rzeszowie, 180 złr. Drowi Adamowi Peszkowskiemu w Leżajsku. 150 Drowi Jackowi Jabłońskiemu w Lubaczowie, 100 złr. Drowi Szczęsnemu Oświęcimskiemu w Bochni.

Wydatki sanitarne. W r. 1882 wydatki Rubr. V wynosiły kwotę 11.555 zł. a ponieważ Wysoki Sejm przeznaczył na ten cel w budżecie tylko 9.400 złr., więc kwota dozwolona przekroczoną została o 2.155 złr., co się tłumaczy częstszém niż zwykle pojawieniem się chorób epidemicznych.

Memoryjał przeciw otwarciu granicy od Rosyi lub Rumunii. Uchwałą z 13 października 1882 wezwał Wysoki Sejm Wydział krajowy, aby wystosował memoryjał do c. k. Rządu przeciw otwarciu granic dla przewozu lub przepędu bydła z Rosyi lub Rumunii, tudzież, aby w razie zamierzonego otwarcia granic użył wszystkich środków, w kompetencyi jego leżących, dla odwrócenia od naszego kraju groźnych, a nieuniknionych niebezpieczeństw, jakieby z otwarcia tego wyniknąć musiały. Czyniąc zadość temu poleceniu, wystosował Wydział krajowy d. 9 stycznia 1883 do l. 51.480 pismo do c. k.

Namiestnictwa, w którém z całą stanowczością wykazał konieczność utrzymania obecnego zamknięcia granicy, wyjaśnił niebezpieczeństwa, na jakie w razie otwarcia granicy zarówno kraj nasz koronny jak inne części monarchii zostałyby narażone przez niebezpieczeństwo zawleczenia zarazy bydlęcéj, a tém samém na zwichnięcie rozwoju bardzo ważnéj gałęzi gospodarstwa, chowu bydła. Z tych powodów zastrzegł się Wydział krajowy całkiem stanowczo przeciw jakiéjkolwiek możliwéj zmianie. Prosiliśmy nareszcie o przedłożenie téj naszéj odezwy c. k. Ministerstwu, a odpis udzieliliśmy Jego Eksc. p. Ministrowi Ziemiałkowskiemu, z prośbą o poparcie swym wpływem téj żywotnéj sprawy krajowéj.

Szkoły felczerskie. Z powodu, iż w kraju daje się czuć brak ukwalifikowanych pomocników chirurgicznych, c. k. Rada zdrowia zaproponowała jako środek zaradczy utworzenie przy szpitalach krajowych szkół felczerskich na wzór istniejących w innych państwach europejskich. C. k. Namiestnictwo odezwą z dnia 22 stycznia b. r. do l. 61.236 załączając tę propozycyję c. k. Rady zdrowia zapytało o nasze zdanie w tym przedmiocie. Ze względu, że tworzenie szkół felczerskich szkodliwe w następstwach wydać by mogło skutki, albowiem wychowańcy tych szkół porywają się zwykle do odgrywania roli rzeczywistych lekarzy z wielką klęską cierpiących, czemu zapobiedz trudno, oświadczyliśmy się stanowczo przeciw utworzeniu felczerskich szkół przy szpitalach krajowych, tém więcéj, że poprzednio w skutek żądania stowarzyszenia „Czerwonego krzyża“ udzieliliśmy zezwolenia na urządzenie szkoły posługaczy przy szpitalu lwowskim. Wychowanie więc odpowiedniéj liczby takich posługaczy rzeczywistym potrzebom zadość uczynić powinno.

Zakłady przytułku dla nieuleczalnych chorych. Na posiedzeniu dnia 19 października 1882 przy rozprawie nad preliminarzem dla krajowego szpitala powszechnego we Lwowie na r. 1883 Wysoki Sejm polecił Wydziałowi krajowemu, ażeby na podstawie rozdz. IV ustawy z d. 3 grudnia 1863 r. (Dz. u. p. l. 105) spowodował gminy większych miast kraju do utworzenia zakładów przytułku dla takich nieuleczalnych chorych, którzy nie mogą być do szpitali przyjęci, a ewentualnie, aby przeprowadził z niemi rokowania co do udziału funduszu krajowego w kosztach założenia za pomocą zaliczek zwrotnych. O wyniku Wysoki Sejm polecił nam zdać sprawę na następnéj sesyi. W wykonaniu tego polecenia, wezwaliśmy najprzód wszystkie większe miasta w kraju, w których znajdują się szpitale powszechne, aby doniosły jak postępują z nieuleczalnymi chorymi lub z rekonwalescentami wypuszczonymi ze szpitala. Z zestawienia doniesień okazało się, że oprócz Krakowa, żadna z gmin, w których są szpitale powszechne, nie posiada zakładu dla nieuleczalnych. Domy zaś dla ubogich i kalek, przynależnych do gmin, posiada 12 miast, a mianowicie: Lwów, Kraków, Bochnia, Brody, Brzeżany, Sokal, Nowy Sącz, Sanok, Sambor, Tarnów, Złoczów i Żółkiew. 13 miast nie posiada żadnych takich zakładów. W Brzeżanach, Samborze i Złoczowie funduszami dla ubogich zawiaduje miejscowy proboszcz. Tarnopol zbiera fundusze na dom kalek. Nieuleczalnych, wydalonych ze szpitali umieszczają: *a)* w aresztach miejskich: Lwów, Jasło, Nowy Sącz, Stryj, Zaleszczyki i Żółkiew; *b)* w prywatnych domach, na koszt gminy przynależności: Kraków, Brody, Brzeżany, Drohobycz, Przemyśl, Rzeszów, Stanisławów i Biała; *c)* w trupiarni miejskiéj i u grabarza: Śniatyn i Zaleszczyki. Następnie zakomunikowaliśmy pismem z dnia 21 listopada 1882 l. 56.106 uchwałę Wysokiego Sejmu miastom Lwów, Tarnów i Stanisławów, zapytując, czyby i pod jakiemi warunkami miasta te nie utworzyły domów dla nieuleczalnych, zgodnie z ustawą o przynależności. Jednocześnie postanowiliśmy zająć się fundacyjami dla kalek i ubogich, znajdującemi się w innych miastach kraju naszego. Na tę naszą odezwę odpowiedział Magistrat miasta Stanisławowa, że Rada miejska powzięła na dniu 7 maja b. r. następującą uchwałę: 1) zbudować na gruncie szpitalnym drewniany budynek dla 32 nieuleczalnych: 2) wstawiać corocznie począwszy od r. 1884 w budżet 500 złr. na utrzymanie; 3) odnieść się do kasy oszczędności tamtejszéj z prośbą o udzielenie przez 3 lata, począwszy od r. 1884 po 5.000 złr. a na przyszłość stale po 500 złr.; 4) zaapelować do ofiarności ogółu miasta Stanisławowa; 5) polecić budowniczemu miejskiemu przedłożenie kosztorysu téj budowy; 6) wezwać Zarząd szpitala do przedłożenia wykazu kosztów urządzenia domu i kosztów utrzymania kuchni; 7) upraszać Wydział krajowy, ażeby do utrzymania tego zakładu rocznym datkiem przynajmniéj 500 złr. przyczyniać się raczył. Pismem z dnia 23 maja r. b. l. 22.587 odpowiedział Wydział krajowy Magistratowi Stanisławowskiemu, że w razie założenia domu przytułku dla nieuleczalnych i rekonwalescentów, Wydział krajowy mógłby zezwolić na bezpłatne ustąpienie kawałka gruntu szpitalnego pod budowę takiego zakładu, że jednak uważa jakiekolwiek połączenie, czy to administracyi, czy kuchni zakładu ze szpitalem za niewłaściwe, tudzież, że nie mając na ten cel żadnych funduszów w budżecie wyznaczonych, nie mógłby się żadną kwotą, ani do założenia, ani do utrzymania zakładu, bez zezwolenia Wysokiego Sejmu, przyczynić. Magistrat miasta Lwowa zawiadomił nas pismem z dnia 31 maja r. b. l. 19.474, że w sprawie urządzenia we Lwowie miejskiego przytułku dla nieuleczalnych, przedłożone zostanie Radzie miejskiéj sprawozdanie, a o uchwale Rady będzie Wydział krajowy zawiadomiony we właściwym czasie. Do dnia 10 lipca r. b. nie zostaliśmy jeszcze zawiadomieni. Gmina miasta Tarnowa nie odpowiedziała na nasze rozporządzenie z dnia 21 listopada 1882 pomimo dwukrotnie powtórzonego wezwania. (C. d. n.)

Statystyka epidemij. W tygodniu od 9—15 września umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 25,6. Z ospy umarło 0 (2 z. t.); z odry 1 (0 z. t.); z płonicy 0 (2 z. t.); z błonicy 2 (0 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.); z duru osutkowego 1 (0 z. t.); z czerwonki 2 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku ospy, 1 płonicy, 2 błonicy, 2 duru brzusznego. W tygodniu od 2 do 8 września umarł 1 w Londynie z ospy. Leczyło się w szpitalach 64, świeżo zapadło 10. W Budapeszcie, Amsterdamie, Roterdamie, Lizbonie i Aleksandryi umarło po 1, w Paryżu i Granadzie po 2, w Warszawie i Murcyi po 3, w Maladze 7, w Pradze 9, w Birminghamie 12, w Nowym Orleanie 19, w Madrasie 34. Z duru osutkowego umarło w Londynie 1, w Maladze i Murcyi 2. Z biegunki umierało wiele dzieci we wszystkich większych miastach. W Aleksandryi umarło od 19—25 sierpnia około 235 osób z cholery, w Kalkucie od 15—21 lipca 8, w Bombaju 98.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 2—8 września umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 28,7; w Warszawie 32,9; w Poznaniu 30,5; w Wiedniu 22,3; w Budapeszcie 26,5; w Pradze 28,3; w Tryjeście 26,3; w Berlinie 27,7; w Wrocławiu 31,8; w Gdańsku 23,6; w Mnichowie 28,0; w Lipsku 17,8; w Dreźnie 27,4; w Bazylei 17,5; w Amsterdamie 21,2; w Hadze 16,3; w Paryżu 21,6; w Londynie 16,6; w Kopenhadze 19,1; w Stokholmie 22,9; w Chrystyjanii 14,9; w Petersburgu 23,0; w Odesie 38,3; w Rzymie 24,8; w Wenecyi 24,2; w Bukareszcie 28,1; w Madrycie 28,8; w Lizbonie 29,7, w Aleksandryi 107,4; w Nowym Yorku 29,0; w Filadelfii 25,7; w Bombayu 37,8; w Madrasie 34,2. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 27 września. W sobotę przeszłą odbył się akt poświęcenia domu zdrowia przy ulicy Karmelickiéj, założony przez Dra Gwiazdomorskiego. Aktu poświęcenia dopełnił ks. prałat Drohojewski w obecności Prezydenta miasta i reprezentantów prasy. Otwarcie właściwe nastąpiło w parę dni później a dziś odbyła się już w nowym zakładzie pierwsza większa operacyja, którą wykonał prof. Mikulicz. Zakład przedstawia się skromnie, jak na początek, ale odpowiada wszelkim wymogom lekarskim; nadto w razie powodzenia na gruncie nabytym stanąć może zakład wielki. Jakkolwiek chorym służy prawo wzywania według własnego uznania specyjalistów, których w mieście uniwersyteckiém nie brak, to jednak nie małą dla nich jest rękojmią okoliczność, że w zakładzie samym mieszka stale właściciel, lekarz młody i zdolny, który miał dostateczną sposobność kształcenia się praktycznego w klinikach i szpitalach krakowskich, wiedeńskich i paryskich, który nadto służył przez czas dłuższy w szpitalach tak w Krakowie jako i we Wiedniu a na każdéj posadzie a zwłaszcza we Wiedniu zdołał sobie zaskarbić życzliwość i uznanie swoich przełożonych, jak tego dowodzą niezwykle pochlebne świadectwa, które Dr. G. od tame-

cznych prymaryjuszów otrzymał, a które przed paru laty widzieć mieliśmy sposobność. Gdy więc wszystkie istnieją warunki pomyślne dla nowego zakładu, którego potrzebę u nas tak powszechnie uznano, że od lat kilku robiono w tym kierunku zachody ze stron rozmaitych, spodziewać się należy, że zakład, urządzony na wzór zagranicznych, prosperować i rozwijać się będzie, czego mu z całego serca życzymy!

* **Heidelberg.** D. 10 b. m. rozpoczął się Zjazd okulistów pod przewodnictwem prof. Hornera z Zurychu; d. 11 przewodniczył Dr. Brettauer z Tryjestu. Hippel z Giessen i Wicherkiewicz z Poznania wspominają o niekorzystnych doświadczeniach leczniczych z jequirity; nagrodę Welza za najlepszą pracę ogłoszoną w ostatniém trzechleciu w archiwie Graefego przyznano prof. Guddenowi w Monachijum za rozprawę o skrzyżowaniu włókien nn. wzrokowych (korektorowi *Wiener med. Wochenschr.*, z której wiadomość tę czerpiemy, zecer wyrządził psotę, podając zamiast Chiasma, Miasma). Sattler mówił o środkach antiseptycznych w okulistyce; w ogóle jednak Zjazd nie przedstawiał nic ciekawego.

* **Fryburg** w Bryzgowii. 56ty Zjazd lekarzy i przyrodników niemieckich rozpoczął się d. 18 b. m. Ze spodziewanych 1200 uczestników przybyła zaledwie połowa, z której wielka część miejscowych. Trwanie Zjazdu ograniczono do 4ch dni, a przystępując na 1ém zebraniu do konstytuowania sekcyj, których miało byc 26, nabrano przekonania, że nie wszystkie przyjdą do skutku; tak np. do sekcyi fizycznéj zgłosił się tylko jeden uczestnik. Przywitanie zgromadzonych nastąpiło ze strony prof. Clausa, ministra badeńskiego Nocka i burmistrza. Jako miejsce Zjazdu przyszłorocznego obrano Magdeburg. Po wykładzie bijologicznym prof. Hertwiga z Jeny mówił Liebermeister z Tybingi o nowszych dążnościach leczniczych.

□ **Rosyja.** Powszechnie mniemano, że rząd wysyła Dra Mincha do Egiptu w celu badania cholery. Rozeszła się pogłoska, powtórzona przez dzienniki, a przez nikogo niezaprzeczona, że naukową tę misyję otrzymał Dr. Eck, zdolny chirurg, lecz zupełnie nieobeznany z techniką na polu badań mykologicznych.

W Kijowie zamierzono wydawać czasopismo lekarskie; na czele redakcyi ma stanąć Dr. Minch.

W Charkowskim uniwersytecie nie przyjmują studentów medycyny, chcących się przenieść z innych wszechnic; dzieje się to dla braku miejsca.

□ **Egipt.** Francuska misyja naukowa, na czele któréj stoi Pasteur, przybyła do Aleksandryi 15 sierpnia; prace naukowe odbywają się w szpitalu Europejczyków i w chemicznéj sanitarnéj pracowni. Do d. 3 września dokonano 22 pośmiertnych oględzin, na zwłokach bardzo świeżych. Dnia 28 sierpnia telegrafował Pasteur do sekretarza Akademii nauk, że osiągnięto „bardzo poważne i zupełnie nowe wyniki". Ekspedycyja niemiecka z Kochem na czele przybyła do Egiptu 24 sierpnia; pracuje w szpitalu greckim i do dnia 3 września odbyła 10 pośmiertnych oględzin.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** Nominacyja prof. Edwarda Jägera następcą Arlta ma nastąpić niebawem. — **Praga.** Prof. Hasner prosił o uwolnienie go od obowiązków z powodu, że rząd zamierza oddać część jego kliniki na rzecz wydziału czeskiego. — **Giessen.** Prof. zwyczajnym patologii mianowany został prof. nadzw. Bostroem z Fryburga.

* **Odznaczenie.** Dr. Fischer, lekarz korwety, powróciwszy z wyprawy w okolice biegunowe, otrzymał złoty krzyż zasługi z koroną. Dr. Fischer jest rodakiem naszym, pochodzi bowiem z Kołomyi.

* **Nekrologija.** Dr. Thuillier, członek komisyi francuskiéj wysłanéj do Egiptu dla zbadania cholery, umarł także z téj choroby; Dr. Thuillier znany był jako wysłannik Pasteura do Berlina i Budapesztu celem szczepienia.

Redakcyja otrzymała:

Dr. Teodor DUNIN (w Warszawie): O operacyjném leczeniu wysięków opłucnéj. (Odbitka z *Gazety Lek.* 1883). Warszawa 1883, in 8vo m. str. 28.

Tegoż: Anatomische Untersuchungen über Nierenentzündung u. Morbus Brightii. (Osobne odbicie z Archiwu Virchowa 1883), in 8vo str. 54.

Piśmiennictwo lekarskie. DEBRAND. Du traitement de la péritonite aiguë. 8. Paris, Delahaye et L. Fr. 3.

DEFONTAINE. De la syphilis articulaire. 8. Paris, Delahaye et L. Fr. 3½.

DELPECH. Essai sur la péritonite tuberculeuse de l'adolescent et de l'adulte. 8. Paris, Delahaye et L. Fr. 2.

DREYFOUS F. Pathogénie et accidents nerveux du diabète sucré. 8. Paris, Delahaye et L. Fr. 3½.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. L. Blumenstok.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:				
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 6 października 1883. № 40. Rok XXII.

TREŚĆ: I. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie. JAWORSKI: O zachowaniu się gazów w żołądku ludzkim i o zastosowaniu tychże w celach rozpoznawczych i leczniczych. — II. JABŁONOWSKI: Kazuistyka lekarska w Turcyi. — III. BLUMENSTOK: Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell. X. Podpalenie. Wątpliwy stan umysłowy. (Dok.) — IV. *Oceny i sprawozdania*: KRÓWCZYŃSKI: Syfilidologija. — LEWANDOWSKI: Elektrotechnika w praktyce lekarskiéj. — LIEBERMEISTER: O nowszych usiłowaniach leczniczych. — BENEDIKT: Przyczynek do nauki o umiejscowieniu czynności mózgu. — *Wiadomości pomniejsze.* — V. *Odcinek*: KOPFF: Z wystawy higijenicznéj w Berlinie. — VI. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.* — VII. *Wiadomości bieżące.*

I. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

O zachowaniu się gazów w żołądku ludzkim i o zastosowaniu tychże w celach rozpoznawczych i leczniczych.

Wykonał i podał Dr. W. Jaworski,
docent Uniw. Jagiell.

I. Uwagi wstępne.

Czyniąc doświadczenia nad zmianami rozczynów solnych w żołądku ludzkim spostrzegłem, że rozczyny solne nasycone kwasem węglowym, jakotéż wody mineralne, zawierające ten kwas w stanie wolnym, szybciéj żołądek opuszczają, niż inne. Nadto zauważałem ten niespodziewany wynik, że węglan magnowy i sodowy, które śród zwyczajnych okoliczności okazały się prawie niewessalne w żołądku, w obec nadmiaru kw. węglowego należą do najłatwiéj wessalnych soli. Szukałem przeto w literaturze lekarskiéj wyjaśnienia tego zjawiska. Znalazłem tylko w podręcznikach balneoterapii ogólnie znaną wzmiankę, że kwas węglowy wprowadzony do żołądka, działa „orzeźwiająco“; lecz na jakich doświadczeniach twierdzenie to się opiera i co ma właściwie oznaczać, nie wiem; a następnie spotkałem się z doświadczeniem R i c h e t a, wykazującém, że tlen wprowadzony do płynu, w którym się odbywa trawienie sztuczne, kwasotę cieczy zwiększa. W obec tych okoliczności postanowiłem sam uskutecznić kilka doświadczeń na żołądku ludzkim, a to w ten sposób, że badany gaz z naczynia mierniczego niżéj opisanego wprowadzałem rano do żołądka czczego za pomocą miękkiéj sondy kauczukowéj, wprzód wodą przekroploną zwilżonéj.

Doświadczenia wykonane były na różnych osobach. Dyrektor zakładu klinicznego prof. K o r c z y ń s k i, znany ze swéj uprzejmości, zachęty i rady, któremi wszelkie naukowe usiłowania popiera, pozwolił mi zużytkować i wybrać stosowny materyjał w swoim zakładzie. Ja zaś z swéj strony miałem do rozporządzenia 29-letniego mężczyznę E. S., który co się dotyczy żołądka, nie przedstawiał przedmiotowo żadnych zboczeń, a tylko podmiotowo uskarżał się od czasu do czasu na nieprzyjemne uczucia w dołku żołądkowym. Badane osoby spożywały wieczerzę najpóźniéj o g. 8, a nazajutrz rano na czczo przychodziły do doświadczeń. Po wprowadzeniu gazu i wyjęciu ściskaczem zaciśniętéj sondy, badany spokojnie siedział zwykle przeszło pół godziny, poczém przystąpiono do wydobycia treści nagromadzonéj w żołądku za pomocą aspiratora żołądkowego. (*Deutsch. Arch. für. klin. Med.*, 1883, p. 224) i aspirowano dopóty, dopóki treść przechodziła do flaszki aspiracyjnéj. Potém w celu oznaczenia pozostałéj ilości płynu w żołądku wprowadzono 100cm. sz. rozczynu siarkanu sodowego o znanéj zawartości do żołądka, i postępowano przy dalszém oznaczaniu i obliczaniu według metody ogłoszonéj w *Zeitschrift f. Biologie*, 1882, Nr. 38 Całkowitéj ilości treści żołądkowéj znajdującéj się przed wprowadzeniem gazu nieoznaczano, niechcąc zmieniać stosunków prawidłowych w żołądku. Zresztą dla oznaczenia téj ilości soku żołądkowego uskuteczniono osobne doświadczenie. Przypuścić również należy, że pierwotna ilość soku w żołądku w ciągu doświadczenia opuściła żołądek zastąpiona przez nowowydzielającą się ilość. We wszystkich doświadczeniach nim wypełniono żołądek gazem, wprzód wypróżniono go z treści tak gazowéj jakotéż i płynnéj, o ile to się dało uskutecznić przez aspiracyją, raz aby ile możności jak najmniéj gazu w żołądku zostało, dlatego doprowadzono aspiracyją aż do zgniecenia ścian sondy przez ciśnienie zewnętrzne powietrza, poczém ją ściskaczem zamykano, aby podczas przystosowania jéj do naczynia mierniczego zawierającego gaz doświadczany, powietrze się do żołądka niedostało, a powtóre, aby już nagromadzona treść w żołądku nie zmieniała jakości mającego się wydzielać soku żołądkowego, a nareszcie, aby na podstawie badania chemicznego miéć możność ocenienia zmian, jakie zachodzą w soku żołądkowym

przed i po wprowadzeniu gazu. Zmiany te starano się w następującym kierunku uwidocznić:

1. Czy sok wydzielający się pod wpływem gazów jest więcéj lub mniéj rozcieńczony niż pierwotnie znajdujący się w żołądku? Pytanie to usiłowano rozwiązać dwoma sposobami.

a) Przez oznaczenie pozostałości suchéj z odmierzonéj ilości soku żołądkowego utrzymywanego przy 110°C. dopóty, dopóki ciężar się już więcéj nie zmieniał. Lecz to oznaczenie nie ma wartości stanowczéj, gdyż używając soku wprost ze żołądka, napotyka się w nim ciała nierozpuszczalne w postaci mętów, a ilość ich jest różna przed i po wprowadzeniu gazu; również i rozdzielenie tych mętów w różnych warstwach tego samego płynu jest różne. Ta sama niedokładność zachodzi, gdy do ocenienia ilości ciał stałych używamy popiołu ze soku spalonego; a nadto zdarza się tu jeszcze ta niedokładność, że podczas spalenia uchodzi znaczna ilość chlorków, gdyż pozostałość tworząc bardzo zbity lśniący węgiel spala się dopiero w żarze jasno czerwonym.

b) Na dokładniejsze porównanie obydwu cieczy żołądkowych pod względem zawartości ciał stałych pozwala oznaczenie zawartych w nich chlorków. Przy zwęglaniu bowiem pozostałości wysuszonéj wystarczy użyć żaru tylko ciemnoczerwonego; przez co ilość chlorków bardzo mało się zmienia. Aby zaś lotne chlorki, jakotéż kwas solny podczas zwęglania nie uszły, dodawano przedtém kilka kropel roztworu węglanu sodowego wolnego od chloru; po zwęgleniu ługowano węgiel przez sączek gorącą wodą przekroploną dopóty, aż oddziaływanie na chlor znikło w przesączu, poczém tenże zobojętniwszy kwasem azotowym, miareczkowano na chlor według Mohra rozczynem azotanu srebrowego, który na 100cm. odpowiadał dokładnie 0·58355gr. NaCl czyli 0·35396gr. chloru.

2. Kwasotę lub alkaliczność soku oznaczono przez miareczkowanie go dziesiętnonormalnym ługiem sodowym lub takimże kwasem solnym, rozcieńczywszy i przesączywszy wprzód sok żołądkowy. Jeżeli zabarwienie właściwe soku żołądkowego nie dozwalało ocenić zabarwienia lakmusowego, to po dodaniu kwasu lub ługu miareczkowanego do badanego płynu dochodzono do granicy przez wyciąganie kropel pręcikiem szklanym na papierek lakmusowy.

3. Ostatnie i najważniejsze pytanie było następujące: Jak się zachowuje sok przed i po wprowadzeniu gazu pod względem trawienia?

Trawienie a właściwie działanie soku na białko oznaczono w ten sposób, że na odważoną ilość ugotowanego w moździerzyku rozmiażdżonego białka jaja kurzego nalewano odmierzoną ilość soku żołądkowego i stawiano w łaźnię przez kilka godzin przy 40°C. W otrzymanéj i przesączonéj cieczy strawionéj oznaczono pozostałość przy 110°C. i ważono, do którego to ciężaru stosuje się te same uwagi, które pod 1. *a*) przytoczono. Z tego też powodu zwęglano pozostałość po dodaniu do niéj węglanu sodowego wolnego od chloru, i oznaczono ilość chloru w przesączu od wyługowanéj pozostałości. Okazało się, że ilość chloru znaleziona po trawieniu jest większa niż przedtém była, wnoszono ztąd, że odpowiednia ilość białka przeszła w rozczyn a $CaSO_4$ + NaHO rozstrzygał, czy ono przeszło w rozczyn jako białko zwyczajne, czyli też jako strawione t. j. w postaci peptonu.

II. Doświadczenia nad zachowaniem się kwasu węglowego, tlenu i ozonu w żołądku.

W powyżéj przytoczony sposób wykonane, a niżéj opisane doświadczenia wydały następujące wyniki:

1. Wprowadzone gazy powiększyły ilość wydzielonego soku, co jednak może pochodzić od mechanicznego zadrażnienia żołądka przez parcie gazów na ściany tegoż. Lecz i przyroda gazu zdaje się wpływać na ilość wydzielonéj cieczy, gdyż przy różnych gazach nie jest ona jednakową; największą ilość płynu w żołądku znaleziono po wprowadzeniu ozonu.

2. Zmiany w składzie chemicznym soku przy pojedynczych gazach okazały się różne.

Tlen w jednym przypadku sprawił wytworzenie się mocno alkalicznego soku nietrawiącego, tylko nieco białko rozpuszczającego.

Ozon w jedném doświadczeniu znacznie zmniejszył alkaliczność soku a w drugiém tylko nieznacznie.

Kw. węglowy w dwóch doświadczeniach znacznie podniósł kwasotę soku żołądkowego, a w jednym przypadku nie wpłynął na zmianę składu chemicznego tegoż; wydzielony sok kwaśny okazał w wysokim stopniu własności przeciwgnilne (nie psuł się).

3. Sok peptonizujący otrzymano tylko w dwóch doświadczeniach i to przez działanie CO_2, podczas gdy w innych doświadczeniach otrzymano sok alkaliczny, który białko rozpuszcza, ale go nie peptonizuje.

4. Wydzielający się sok po wprowadzeniu gazu zawiera zawsze mniéj Cl, jest zatém mniéj zgęszczony niż przed wprowadzeniem. Rozcieńczenie soku jest tém większe im większa go się ilość wydzieliła.

5. Uczucie podmiotowe i to korzystne, pewien rodzaj skutku leczniczego, sprawił tylko kw. węglowy.

Uwagi kliniczne nad zastosowaniem tych wyników w celach praktycznych, podam w drugiéj częci téj rozprawy.

Doświadczenie [1]) 1. Wprowadzanie kwasu węglowego.

Użyty przy doświadczeniach CO_2 otrzymano z marmuru białego i kw. solnego, przeprowadzając wywiązujący się gaz przez opłuczkę wypełnioną kw. siarkowym zgęszczonym a potém przez naczynie wypełnione kawałkami marmuru, wprowadzając go do flaszki mierniczéj H (fig. 2) nad wodę przekroploną dopóty, aż się woda nim nasyciła, a rurka manometryczna *de* po zamknięciu naczynia obniżania słupka wody nieokazywała; przed rozpoczęciem wprowadzania gazu w tém jak i we wszystkich następnych doświadczeniach zrównano ciśnienie we flaszce mierniczéj z ciśnieniem zewnętrznem wypuszczając część gazu.

A. W celu zbadania treści żołądka czczego przed wprowadzeniem kw. węglowego zdołano wyciągnąć sondą 47kcm. płynu mętnawego śluzowego oddziaływania alkalicznego. Podczas wyciągania płynu za pomocą aspiratora żołądkowego przechodził gaz z cieczą ze żołądka wydobywający się z flaszki aspiracyjnéj jeszcze do kolbki wypełnionéj rozczynem H_2BaO_2 a to w celu przekonania się, czy w żołądku badanym znajduje się kw. węglowy. Okazało się, że aspirowany ze żołądka gaz sprawił widoczne zmącenie rozczynu wodnika barowego. Do otrzymanych 47kcm. cieczy żołądkowéj dodano jeszcze 84kcm. wody przekroplonéj, wykłucono i przesączono, który to przesącz na 10kcm. odpowiadał 3·588kcm. pierwotnego soku. Z rozbioru przesączu wypada na 100kcm. pierwotnego soku żołądkowego.

[1]) Do pierwszych 7miu doświadczeń służył jeden i ten sam wyżéj wymieniony mężczyzna E. S.

Alkaliczność 17kcm. dziesiętnonormalnego kw. solnego

Chloru 91kcm. „ „ azotanu srebrow. czyli 0·3220 gram. chloru

Pozostałość sucha 1·270gr.

Wypotrzebowano bowiem na 30kcm. przesączu 1·85kcm. HCl dziesiętnonormalnego, którego tak długo dodawano aż zabarwienie czerwone i po zagotowaniu więcéj nie znikało; 15kcm. przesączu znów wyparowane i wysuszone przy 110°C. do niezmieniającego się ciężaru dały 0·069 pozostałości, która zwęglona po wymyciu dokładném wodą przekropłoną wydała przesącz zużywający 4·90kcm. dziesiętnonormalnego azotanu srebrowego.

Przesącz badany odczynnikami wykazał z HNO_3 widoczne zmącenie, z $CuSO_4+NaHO$ zabarwienie blado-fiołkowe, z czego się okazuje, że zawierał małą ilość białka w rozpuszczeniu. (C. d. n.)

II. Kazuistyka lekarska w Turcyi.

Zebrał Dr. W. Jabłonowski.

VI. Praktyka sądowolekarska.

Żadna z gałęzi naszego zawodu nie pozostaje w stanie tak wielkiego zaniedbania w Turcyi, jak medycyna sądowa. Nic nie jest tak obojętném, powiem nawet tak obcém dla ogółu lekarzy tu praktykujących, jak uprawa choćby tylko głównych działów pięknéj téj nauki, od któréj opinij jak wiemy zależy nieraz wyrok sprawiedliwości ludzkiéj. Lekarz sądowy w Turcyi, to postać nieznana. Bo za takich niepodobna przecie policzyć tych z wychowańców fakultetu w „Jali-Kiosku,“ którzy dla kontynuowania narzuconéj regulaminem karyjery, zostają przyłączeni do urzędów ministeryjalnych, lub rozrzuceni bez wieści po departamentach obszernego państwa z trudnością tylko i leniwie trawią niesmaczny pokarm teoryj szkolnych. Ba, nawet tęgie zkąd inąd głowy cudzoziemców, przystrojone w naukę a jeszcze bardziéj w tak zwany *„prestige,“* każący uważać każdego przybysza za coś wyższego, także w okolicznościach, które wkrótce poznamy, nie zdołały dowieść, że posiadają ściśle wiadomości, i w przypadkach sądowolekarskich naraziły nie tylko własny honor ale i godność nauki na poniżenie.

Cóżby było powodem podobnego stanu rzeczy? Czyby na tym błogosławionym Wschodzie tureckim, pod opieką ojcowskich rządów potężnych zniewieściałością Sułtanów, scena życia towarzystw miejscowych była niedostępną dla występku i zbrodni? Tego niepodobna nawet przypuścić. — Wystarczy bowiem rzucić okiem na różnorodny ustrój społeczeństwa wschodnio-tureckiego, ażeby się zapewnić, że tutaj częściéj być może niż w Europie pośrednictwo sądowolekarskie znajduje bardzo obszerne pole działania, i że lekarz gruntownie wykształcony w tym kierunku nie znalazłby chwili czasu, nie tylko już do naukowego obrobienia, ale nawet do zanotowania przypadków o tyle licznych, o ile skomplikowanych i ciekawych. Uwzględniając usposobienie zazdrosnych Turków, dążność ku rozpuście, cechujących się żądzą zemsty Greków i Maltańczyków, tchórzostwo Ormian, potulność Izraelitów, fanatyzm Persów, a wreszcie napływ indywiduów z najrozmaitszych narodowości, a mianowicie Albańczyków i południowych Słowian, praktykujących zemstę krwi, sławne swoje *„Dżersor“* i *„Krowena,“* nawet nad wybrzeżami pięknego Bosforu, łatwo zrozumieć można, jak bardzo są obciążone tutejsze trybunały, i jak piękne zadanie do spełnienia przedstawia się dla lekarza sądowego. Do tego jednak potrzeba, aby rząd i społeczeństwo posiadały podobne siły. Wypada, ażeby prawodawstwo tureckie uległo zmianie, ażeby ów „Kodeks Napoleona“ wypełniony komentarzami arabsko-koranowemi, został przerobiony i zastósowany do potrzeb i charakteru skłonności dzisiejszego społeczeństwa. A wtedy można się spodziewać, że i światło nauki, nie już bladym promykiem gazu, ale iskrą elektryczną przeniknie w arenę funkcyjonujących trybunałów. Wtedy też da się wyjaśnić każda ciemna i zawikłana sprawa, dlatego najczęściéj niewyjaśniona, że w danéj okoliczności upór sędziego, zeznania oskarżonych lub opinija świadków dominują nad fachowém i bezstronném ocenieniem faktu.

Nim to jednak nastąpi, przypatrzmy się dzisiejszemu stanowi rzeczy.

Wiemy, jakie wiadomości powinien posiadać lekarz przygotowujący się do zawodu sądowego. Tam więc, gdzie młody obywatel Turcyi studyjuje anatomiję z atlasów, chemiję z okazywanych mu słoików; gdzie o pracach w laboratoryjach patologicznych nic się nie wie, a o usługach oddawanych nauce przez drobnowid i analizę spektralną wie tylko z osłuchania się; tam bezwątpienia niepodobna wymagać, ażeby wychowaniec fakultetu stambulskiego, nasłuchawszy się terminów cytowanych mu nadto i na nieszczęście językiem arabsko-persko-tureckim, mógł po opuszczeniu murów szkolnych należycie wywiązać się z zadania w razie zdarzającego się przypadku sądowego. To też jest i przyczyną, dlaczego w Turcyi, a dodam, że w wyjątkowo rzadkich przypadkach, poważni mężowie, trzymający w swém ręku symbol bogini Temidy, zwracają się do pośrednictwa lekarza. Z góry bowiem wiedzą, że jego opinija jakkolwiek może i oparta na pewnych naukowych podstawach, zawsze jednak okaże się niedostateczną do wydania stanowczego zdania w kwestyjach takich, jak znalezione ślady krwi, nasienia, ropy, rany przenikające lub powierzchowne. — Pomijam już otrucia dokonane lub tylko wzbudzające podejrzenie. W tym względzie nadbosforscy praktycy choć i posiadają dzieła Orfili, Tardieua, a nawet Caspra, Maschki, Hofmanna i innych, to jednak dotąd zachowywali największą ostrożność, wymawiając się zawsze brakiem środków koniecznych do wykonania stósownych badań. Pamiętamy bardzo dobrze wreszcie zbyt tu znaną okoliczność, w któréj rodzina pewnego zamożnego kupca niespodzianie zmarłego, podejrzywając otrucie kwasem arsenawym, musiała aż z Aten sprowadzić lekarzy do rozpoznania przyczyny śmierci. Na tém też miejscu uważam za stósowne wspomnieć, że pomimo tych braków szkoła lekarska w Stambule posiada jednego tylko urzędowego przedstawiciela analizy chemicznéj. Jest nim Dr. Bąkowski, syn naszego ziomka, uczeń Dumasa i Frémego, dzielny i praktyczny badacz, na nieszczęście tylko swym charakterem wojskowym przywiązany do spruchniałego szkieletu szkoły, która sama nie posiadając odpowiednich do rozporządzenia środków, nie może poprzeć choćby najsłuszniejszych wymagań swego chemika. Więc też i ucząca się młodzież spotykając największe trudności w przyswajaniu sobie praktycznych naukowych podstaw, rzadko tylko uczęszcza na wykłady teoryi medycyny sądowéj, uważanéj nadto za przedmiot nieobowiązujący. Jeżeli tak jest w szkole, jeżeli ta przynajmniéj z pozoru jedyna przedstawicielka poważnéj nauki w Turcyi nie jest zdolną do fachowego i

wszechstronnego wykształcenia swych wychowańców, to nie zadziwi nas wcale fakt, zkąd inąd bardzo wielkiéj doniosłości, że pośród lekarzy tureckich nie znajdzie się ani jednego, coby miał wprawę choćby tylko do podyktowania protokółu dochodzeń sądowolekarskich! A nawet i ci, co wytrwałością i postępem w studyjach zasłużyli sobie na honor odwiedzenia kosztem rządu fakultetów zagranicznych, poświęcając swój czas na wydoskonalenie się w jednéj wyłącznéj gałęzi, powracają do kraju wzbogaceni wprawdzie w ogólne wiadomości, nie zamarzywszy nawet wcale o potrzebie przyswojenia sobie choćby cośkolwiek z zakresu medycyny sądowéj. Bo i dlaczegoż wreszcie mieliby obciążać swój czas studyjami nie mającemi ogólnie praktycznego zastósowania w kraju! Wszakże turecki kodeks karny i towarzyszące mu dopełnienie policyjne nie uznają potrzeby zwracania się do opinii fachowéj w przypadkach samobójstw, morderstw, spędzenia płodu itp. Czyn został dokonany; przestępca jest w rękach sprawiedliwości lub takowa stara się go odkryć, zwłoki podług prawa religijnego powinny być pogrzebane jak można najrychléj, a zatém i bez procedur postępowania zachodniego, sądownictwo tureckie uważa się za kompetentne do wydania wyroku, którego tylko ogłoszenie w przypadkach bardziéj zawikłanych pozostawia się czasowi będącemu nieraz najzdolniejszym i najsumienniejszym sędzią. Jednak są przypadki, w których występek został popełniony przez cudzoziemca na poddanym tureckim lub przeciwnie. Wtedy jeżeli tylko strony interesowane żądają zdania lekarza, to prokurator zezwala na to, z warunkiem jednak, że koszta dochodzeń sądowolekarskich z góry należy pokryć. Komuż jednak zwykle powierza się przeprowadzenie podobnych dochodzeń? Naturalnie, że rządowa szkoła lekarska uważana za jedynie kompetentną, otrzymywać zwykła wezwanie do pośredniczenia w wyjaśnieniu przyczyn zbrodni. Instytucyja zaś ta, przy zachowaniu całéj naukowéj powagi, zabiera się do téj sprawy w następujący mniéj więcéj sposób. Jeżeli miejsce dokonanéj zbrodni jest znaném, wtedy tam posyła się jednego z lekarzy chętnych do zajęcia się tą czynnością. Gdy tak tu zwany *„mobille“* występku jest zdolnym do zmiany miejsca, to odstawia go się do szkoły z dołączeniem raportu lekarza, podającego zwykle tylko powierzchownie znalezione szczegóły. W razie przeciwnym tylko raport przesyła się do uczonego fakultetu, który bez przeprowadzenia dyskusyj, zrobienia uwag, bez wymagania dokładniejszych wyjaśnień zwykł bez zmiany uzbrajać w swą sankcyję arkusz na wszystko cierpliwego papieru. Lub też znowu w bardziéj zawikłanych przypadkach, za dochodzenia mające się przeprowadzić w pracowni, naznacza się tak wysoki „haracz,“ że strony interesowane przenosząc częściéj wartość złota nad opinije fakultetu, zwykły zrzec się takowéj, będąc tém samém zmuszone do postępowania typową drogą procedury sądowéj.

Od bardzo niedawna weszły tu w życie urzędy prokuratorskie, a daléj przypuszczenie adwokatów ku obronie oskarżonych, zdolały do pewnego stopnia podnieść znaczenie i konieczność zwracania się do opinij lekarza, w przypadkach mianowicie, gdzie jego pośrednictwo może być decydującém. Lecz w tych znowu okolicznościach często najlepsze chęci prokuratora i adwokata napotykają nie dające się przezwyciężyć trudności. Raz bowiem strona interesowana uważa za konieczne uniknięcie dochodzeń sądowolekarskich, których uskutecznieniu stawia się zwykle największy opór. W innych znowu razach władze trybunalskie znajdują się w niemałym kłopocie, gdy chodzi o wyszukanie osoby, coby się podjęła z całą sumienną bezinteresownością przeprowadzenia naukowych dochodzeń. Gdy więc prokurator jest energiczny i nadto nieskrępowany względami postronnemi, co więcéj gdy dba o ścisłe przeprowadzenie śledztwa, gdy opinija fakultetu wyda mu się za niedostateczną, wtedy zwykł się zwracać do ludzi fachowych nie stojących jednak pod sztandarem powagi urzędowéj. W całym jednak gęstym szeregu znajdujących się tu lekarzy cudzoziemców mogę zacytować tylko nazwisko jednego, którego znajomości fachowe odpowiedzieć są w stanie na kwestyje sądowo-lekarskie choćby najbardziéj zawikłane. Jest to Dr. Zanni lekarz i aptekarz jednocześnie, pomimo że nie jest chemikiem sądowym, najczęściéj jednak używany w okolicznościach, gdzie przeprowadzenie naukowych badań jest rzeczą niezbędną tak dla sędziego jak i dla stron interesowanych.

Wypada mi jeszcze wspomnieć o bardzo oryginalnym i nieznanym gdzieindziéj wybiegu, do którego sędziowie tureccy często zwykli się uciekać, gdy im tylko chodzi o złagodzenie kary przestępcy, należącego do liczby adoratorów Koranu. Wtedy opiniję lekarską, choćby ona pochodziła od samego Lokmanna, stanowczo odrzucają. Wybiegiem tym jest uznanie winnych za cierpiących na umyśle i jako takich nie odpowiedzialnych za dokonany występek. Nazwy tureckie *„Deli“* i *„Dywane,“* tj. indywiduum cierpiące pomieszanie umysłu, odgrywają bardzo wielką rolę w sądownictwie. Ileż to więc zbrodniarzy uznanych za warjatów przez zaturbanione czaszki muzułmańskich sędziów zostało jeżeli nie zupełnie uwolnieni to przynajmniéj skazani na karę lekkiego więzienia tylko! Że zaś w podobnéj okoliczności procedura kryminalna jest obowiązaną do kategorycznego wypowiedzenia swego zdania, więc też i dla lekarza sądowego a mianowicie dla psychijatry, przedstawia się tu znowu bardzo ważne do spełnienia zadanie. Lecz zadecydować o stanie umysłowym oskarżonego, widząc go tylko parę razy i to przed kratkami trybunału, to rzecz niepodobna. Oprzeć zaś swoje zdanie nie tylko na protokularnych zeznaniach spisywanych atramentem bardzo łatwo dającym się wyskrobać, zdola ten jedynie, kto pokłada pełne zaufanie w sumienność i bezinteresowność muzułmańską lub komu nieznana chytrość i przewrotność wschodnia, odgrywająca zawsze i wszędzie rolę bardzo wydatną. Lekarz téż wezwany do dania opinii o stanie umysłowym oskarżonego, jeżeli do należytego wywiązania się z zadania oświadczy konieczność postępowania podług wskazań nauki, spotka się tylko z dobroduszno-satyrycznym uśmiechem sędziów, którzy mu z góry oświadczą, że spostrzeżenia zebrane w ciągu dochodzeń śledczych są dość przekonywające i jeżeli lekarz nie zechce przyłączyć swego zdania do opinii większości trybunału, to sąd i bez takowego obejść się może, wydając wyrok podyktowany przekonaniem niezmienném, choćby nawet w obec powagi Kalify. To wystarcza! Tam więc, gdzie tylko gruntowna nauka, zdolność odczytywania tajemnic charakterów i serc ludzkich, daléj długie i wytrwałe doświadczenie zebrane w obcowaniu z nieszczęśliwemi tego rodzaju istotami, mogą posłużyć za podstawę do zdania zawsze bardzo oględnego, tam powiadam obowiązki człowieka fachowego podejmuje się spełnić rada złożona z kilku Softów i Ulemów (duchowni), paru wyższych wojskowych i grona urzędników, ślepo wierzących w nieomylność białych bród i takichże turbanów. Bez wątpienia, że sumienny psychijatra z zadowoleniem opuści podobną scenę. Wie bowiem, że naukowa prawda zawsze

zwycięży. Ale cóż pomoże okrywanie się puklerzem nauki i prawdy w okolicznościach, gdy działamy na polu leżącém odłogiem, lub téż tylko przez niedostateczną uprawę, niemogącém wydać bujnego i zdrowego owocu.

Po tym ogólnym rzucie oka na stan praktyki sądowolekarskiéj w Turcyi czas wreszcie, ażeby przez zacytowanie wydatniejszych i bardziéj ciekawych przykładów potwierdzić faktami pogląd wyżéj podany. Pomijam jednak podawanie częstych tu lecz pospolitych przypadków zbrodni, w których niezwracano się do pośrednictwa lekarzy. Wyszczególnię zaś te tylko przykłady, w których czynnikami byli przedstawiciele rozmaitych warstw społecznych, nie pomijając i głów koronowanych i gdzie scena działalności lekarskiéj nie tylko że była ograniczoną charakterem samego przypadku, lecz gdzie jeszcze przy niemożebności energicznego i samodzielnego wystąpienia w obronie fachowéj godności, tak lekarz sumienny jak i sędzia bezstronny milczeć byli zmuszeni, lub téż gdzie będąc Turkami wydali zdanie nieodpowiadające własnemu przekonaniu. (C. d. n.)

III. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

X.
Podpalenie. Wątpliwy stan umysłowy.
Podał Prof. Dr. Blumenstok.

(Dokończenie. Patrz Nr. 39).

Orzeczenie Wydziału opiewało jak następuje:

1) Ze sprawozdania pierwszych panów znawców nie wynika, jakoby Paweł K. w ogóle był chorym na umyśle, a w szczególności, jakoby cierpiał zadumczywość na tle charłactwa zimniczego powstałą; albowiem:

a) Paweł K. nie jest dziedzicznie obciążony, a pod tym względem zgadzają się wszyscy świadkowie.

b) Nie spostrzeżono nigdy u niego objawów obłąkania; nie może bowiem jako takie uchodzić ani usposobienie ponure, ani stronienie od pracy, ani żarłoczność; twierdzenie zaś, że popada w śpiączkę częściéj się powtarzającą, nie dowodzi jeszcze, aby to była śpiączka prawdziwa; podanie wreszcie jednego ze świadków, iż K. jest „durny jak dietyna,“ przez obserwacyję lekarską nie zostało stwierdzoném. Przeciw wartości tych zeznań, jakotéż przeciw podaniu, że K. jest człowiekiem dziwnym, przemawiają oświadczenia wójta i licznych świadków, według których u Pawła K. przez długi szereg lat nigdy objawów obłąkania nie spostrzegano.

c) Twierdzenie pierwszych znawców, jako u K. istnieje charłactwo zimnicze, pozbawione jest podstawy należytéj; albowiem:

α) Nie ma żadnego dowodu, jakoby K. podczas służby wojskowéj we Włoszech cierpiał przez czas dłuższy na zimnicę; przeciwnie z własnego jego opowiadania wynika, że raz jedyny zasłabł pod Weroną, i że w ciągu kilkoletniéj służby wojskowéj tylko kilka razy, a każdym razem przez czas krótki pozostawał w szpitalu, wreszcie uwolniony od wojska w kilka lat późniéj podczas wojny pruskiéj zaciągnął się na nowo jako ochotnik.

β) Ani on sam, ani świadkowie nie podają, jakoby w ostatnich kilkunastu latach, podczas pobytu na wsi, cierpiał kiedykolwiek na zimnicę; a w aktach znajdujemy uwagę, że K. nie mieszkał w okolicy bagnistéj.

γ) Również nie spostrzeżono żadnego napadu zimniczego podczas pobytu w areszcie śledczym.

δ) Pierwsi znawcy znaleźli u K. odżywienie mierne, a śledzionę cokolwiek powiększoną, dającą się dosyć łatwo wymacać pod łukiem żebrowym; a w półtora roku późniéj drudzy znawcy nie znaleźli wcale przerostu śledziony; wątroba tak pierwszym jako i drugim razem okazała się niepowiększoną, a w ogóle nic takiego nie znaleziono, coby usprawiedliwić mogło przypuszczenie charłactwa zimniczego. K. nie uchodził we wsi za człowieka schorzałego, przeciwnie za robotnika silnego, jakkolwiek leniwego i obdarzonego wielkim apetytem.

d) W braku podstawy zimniczéj przypuszczenie zadumczywości zimniczéj jest nieuzasadnioném; przeciw temu przypuszczeniu przemawiają nadto jeszcze inne okoliczności, a mianowicie:

α) Że zboczenia umysłowe na podstawie zimniczéj w ogóle są bardzo rzadkiemi.

β) Że występują pierwotnie tylko u mieszkańców okolic bagnistych, zresztą zaś pojawiają się albo jako równoważnik zimniczy i jako t. zw. zimnica utajona, albo rozwijają się na tle charłactwa z zimnicy trzeciaczki lub czwartaczki; ostro zaś zdarzają się nader rzadko i to tylko na tle czernicy *(melanaemia)*.

γ) Wreszcie cechą zboczenia umysłowego zimniczego jest peryjodyczność napadów już to szaleństwa, już téż to obłędu zadumowego; tylko na tle znacznego charłactwa rozwija się czasem ciężka zaduma, ale i ją cechują jako zimniczą naprzemian występujące typowe napady zimnicze. Zawsze towarzyszą napadom złudzenia zmysłowe i urojenia, podczas gdy u K. ani podobnych napadów, ani złudzeń i urojeń nie spostrzeżono.

e) Przypuściwszy, że K. dopuścił się istotnie podpalenia, wtedy i czyn jego nie nosi na sobie znamion czynu popełnionego śród zadumy. Melanholik dopuszcza się czynu gwałtownego pod wpływem urojenia lub złudzenia, a po spełnieniu go ze skruchą i żalem do niego się przyznaje. K. nie tylko podpalenia się wypiera, ale bardzo starannie nawet usiłuje wykazać swoje *alibi*.

2) Ze sprawozdania znawców drugich wynika, że K. cieleśnie jest zdrowym, tak że obecnie przynajmniéj o charłactwie zimniczém mowy nie ma i że co najwięcéj znaleziono u niego usposobienie zadumowe, ale nie zadumę. Ponieważ K. od chwili wypuszczenia go na wolność aż do ponownego uwięzienia pozostawał na wsi w tych samych warunkach, co poprzednio, ponieważ i w tym okresie nikt nie spostrzegł u niego ani napadów zimniczych ani objawów obłąkania, — więc przypuścić należy, że stan jego obecny nie różni się od stanu, w którym znajdował się podczas pierwszego uwięzienia i podczas domniemanego spełnienia czynu.

3) Wprawdzie pojętność K. zdaje się nie być rozwiniętą nad miarę przeciętną, skoro pozasądownie miał się przed kilku świadkami przyznawać do czynu, — ale nie pozostaje ona téż niżéj miary średniéj, — gdy znawcy drudzy podają, że uważali u niego pewien spryt i przebiegłość. Nie można więc także przypuścić, jakoby K. był idyjotą lub tępym na umyśle.

4) Po uwzględnieniu wszystkich tych okoliczności Wydział lekarski U. J. na zapytanie świetnego Sądu odpowiada:

Że nie jest prawdopodobném, jakoby Paweł K. w czasie popełnienia zarzuconego mu czynu znajdował się w stanie przepuszczającego pomięszania umysłu, dla którego nie był świadom czynu swego (§. 2, ust. *b)* i *c)* k. k.).

Sądzę, że zbytecznem jest dłuższe uzasadnienie, dlaczego w danym przypadku Wydział lek. zgodził się ze znawcami drugimi, a nie mógł żadną miarą zgodzić się na zdanie pierwszych. Już to przyznać należy, że w sprawie tak ważnéj wypadało dojrzaléj zastanowić się nad stanem umysłowym podsądnego. Przytoczyliśmy umyślnie krytykę prokuratora, tak słuszną i dosadną, że ze swéj strony mało co dodać potrzebujemy. A musiało dochodzenie być powierzchownêm, skoro na niém poznał się nielekarz. Jądrem całéj sprawy była kwestyja, czy Paweł K. jest i był chorym na umyśle, lub nie? Znawcy pierwsi odpowiedzieli twierdząco, przypuszczając istnienie zadumy. Ale rozpoznanie to wcale nie było uzasadnionêm, raz z powodu, że przygnębienie umysłowe jeszcze nie jest zadumą, a powtóre, że postępowanie i zachowanie się Pawła K. przed czynem i po nim (przypuszczając, że rzeczywiście podpalił) wcale nie licuje z postępowaniem i zachowaniem się melancholika. Niebezpieczna to byłaby rzecz, gdybyśmy chcieli chorobę umysłową rozpoznać na podstawie objawów tak małoznaczących, niebezpieczną nie tylko dla prokuratoryi ale dla całego społeczeństwa, bobyśmy każdego drugiego lub trzeciego człowieka mogli wtrącić do zakładu dla obłąkanych. Nie dosyć na têm, pp. znawcy chcieli wykazać nawet podstawę zadumy i znaleźli ją w charłactwie zimniczém. Zbyteczna jeszcze dowodzić, że nie mieli prawa przypuszczenia charłactwa zimniczego, skoro śledziona była „cokolwiek powiększoną“ a innych objawów charłactwa nie wykazali, pomijając nawet ważną okoliczność, że w $1\frac{1}{2}$ roku później znawcy drudzy przerostu śledziony wcale nie znaleźli. Gdy nadto innych objawów obłąkania nie spostrzegli, gdy wreszcie nie twierdzili wcale, jakoby badany był nierozwinięty pod względem umysłowym, więc nie ulega wątpliwości, że mieli przed sobą człowieka posępnego, leniwego, ale zdrowego na umyśle. — Wprawdzie zdawaćby się mogło, że znawcy pierwsi stali się ofiarą sprytnie obmyślanéj przez badanego symulacyi i że tym sposobem mamy przed sobą rzadki przypadek symulacyi obłąkania. Aleź Paweł K. wcale nie udawał, boć przecie wypieranie się czynu, użalanie się na osłabienie, żądanie obfitszego pożywienia, obok szczerego przyznania, że miał żal do brata, — nie jest udawaniem obłąkania, a nie dowodzi także symulacyi opowiadanie późniejsze, że lekarzy w błąd wprowadził.

Jeżeli przypadek ten ogłaszamy głównie w celu zwrócenia uwagi młodszych kolegów na wielką odpowiedzialność, która ciąży na lekarzu zdającym sprawę o wątpliwym stanie umysłowym, to radzibyśmy jeszcze wskazać przyczyny, dla których zdania psychijatryczno-sądowe po największéj części bywają tak nieodpowiedniemi. Pierwszą i główną przyczyną jest lekceważenie psychijatryi jako nauki i błędne mniemanie, że badanie stanu umysłowego nie wymaga wcale wiadomości specyjalnych, i że co najwięcéj poinformowanie się w pierwszym lepszym podręczniku wystarczy powołanemu do ocenienia wątpliwego stanu umysłowego. Biorąc zaś w razie potrzeby podręcznik taki do ręki szuka się w nim opisu formy chorobowéj, któraby w danym przypadku najsnadniéj dała się zastósować, a znalazłszy mniejsze lub większe podobieństwo co do reszty naciąga się przypadek dany do modły książkowéj i tym sposobem gotowe jest rozpoznanie a kilka frazesów wyjętych z autora używającego dobréj sławy oraz zacytowanie tego autora nadaje nawet wypracowaniu znawcy poloru uczoności. Czytając takie sprawozdanie doznaje się przykrego wrażenia, bo się poznaje źródło a têm samém traci zaufanie do sprawozdania samego, które, jak w każdym innym przypadku sądowolekarskim, ma być wyrazem własnych spostrzeżeń, własnéj wiedzy i doświadczenia znawcy, a nie wyciągiem z dzieła choćby znakomitego autora. Rozpoznanie zaś, a têm samém i orzeczenie powinno być uwieńczeniem sprawozdania a nie jego podstawą; z zebranych wszystkich szczegółów znawca powoli dochodzi do sądu o przypadku, do sądu samodzielnego, nie troszcząc się wcale o to, czy podobny przypadek znajdzie w dziele psychijatrycznêm, a jakkolwiek według §. 134 ustawy o postęp. karnêm pożądanêm jest oznaczenie postaci choroby, to jednak w razie zachodzącéj trudności lub wątpliwości lepiéj zrzec się mianowania formy szczegółowéj, aniżeli kusić się koniecznie o znalezienie nazwy, która częstokroć zmusza znawcę do naciągania spostrzeżeń; wszakże dla Sądu wystarcza, jeżeli lekarz orzeka, że stan umysłowy jest prawidłowy lub nie, a w ostatnim razie, „jaki wpływ wywierał lub wywiera na wyobrażenia, popędy i czynności obwinionego.“

Drugą wadą orzeczeń psychijatryczno-sądowych jest pobieżne traktowanie rzeczy w ogóle. Lekarz ma prawo badania przez czas dłuższy, ale też ma obowiązek „zdania sprawy z wypadku swych spostrzeżeń, zestawiając wszystkie fakty wpływające na ocenienie stanu umysłowego.“ Nie wątpimy, że znawcy badają sumiennie i kilkakrotnie, lecz sprawozdania rzadko świadczą o téj czynności, a przynajmniéj czytającemu akta nie dają należytego obrazu o stanie podsądnego. A jednak lekarz sądowy winien pamiętać o têm, że nie dosyć, jeżeli sam wyrobił sobie zdanie, lecz że potrzeba wszystkie spostrzeżenia zestawić na piśmie jak najdokładniéj, aby nie tylko sędzia, oskarżyciel i obrońca, ale i inni znawcy, których Sąd powołać może do wydania ponownego orzeczenia, a którzy obwinionego nie widzieli, nabyć mogli przekonania o rzeczywistym stanie rzeczy. Téj potrzebie nie uczyni się zadość przez opis pobieżny lub co gorsza przez podanie z góry rozpoznania miasto opisu, bo w takim razie znawca późniejszy jest zmuszony wierzyć lub nie wierzyć, ale zdania własnego nie wyrobi sobie.

W Sądzie tutejszym znawcy postępują od lat kilkunastu według sposobu przez nas zaprowadzonego, a który okazał się wcale praktycznym. Mając sobie poruczone badanie wątpliwego stanu umysłowego przedewszystkiém przeglądają akta śledcze, celem zapoznania się ze stanem sprawy a dla pamięci własnéj a po części i dla użytku sądowego wypisują z nich szczegóły ważniejsze a na orzeczenie wpłynąć mogące, a w razie potrzeby żądają uzupełnienia aktów w kierunku przez siebie wskazanym. — Następnie badają obwinionego przez czas krótszy lub dłuższy w miarę ważności lub trudności przypadku; badanie pierwsze odbywa się w przytomności sędziego i w jego biurze, badania zaś dalsze zazwyczaj w gmachu więziennym, a w razie potrzeby żądają znawcy przeniesienia podsądnego na kilka tygodni do zakładu dla obłąkanych, któremu to żądaniu Sąd zazwyczaj czyni zadosyć. Każdorazowe swoje spostrzeżenia lekarze spisują natychmiast zaznaczając i datę spostrzeżenia; tym sposobem utrzymują oni formalny dziennik obserwacyj, który następnie razem z wyciągiem z aktów załączają do swego orzeczenia. W dzienniku tym znajduje się nie tylko wynik badania fizycznego, ale i streszczenie rozmów mianych z podsądnym; rozmowy te najlepiéj podawać in oratione recta w postaci pytań i odpowiedzi, które to ostatnie należy zamieszczać dosłownie; wreszcie znachodzi się w dzienniku

wzmianka o spostrzeżeniach czynionych przez współwiężniów, zwłaszcza tych, którzy od dłuższego czasu w jednéj z badanym przesiadują kaźni. Na podstawie całego tego materjału po ukończeniu obserwacyi lekarze spisują osobne orzeczenie o stanie umysłowym, uwzględniając w końcu szczegółowe pytania sędziego, a w razie, jeżeli takich nie było, oświadczając, czy badany jest chorym na umyśle lub nie, a tém samém czy jest poczytnym lub nie. Tym sposobem dostarczają sprawozdania, w którém nie tylko prawnik należycie zoryjentować się, ale i lekarz, który badanego nie widział, powziąść może zdanie o przypadku.

IV. Oceny i sprawozdania.

Syfilidologija. Napisał Dr. Ź. Krówczyński, c. k Radca sanitarny we Lwowie. Kraków 1883. 8 str. 445.

Zaszczytnie na polu literatury lekarskiéj znany autor wzbogacił literaturę naszą dziełem, którego tytuł wyżéj przytoczyliśmy, a które wydane zostało staraniem i nakładem zasłużonego „Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie.“

Jeżeli piśmiennictwo nasze lekarskie ubogiém jest w dzieła oryginalne, to brak ten szczególniéj czuć się daje w dziale chorób wenerycznych, bez wiadomości których trudno jest jednak obejść się lekarzowi praktycznemu.

Autor czując dobrze potrzebę takiego dzieła, postanowił, jak sam we wstępie wspomina, „zestawić wiedzę w téj gałęzi w takiéj całości, iżby książka jego mogła być przewodnią nicią dla lekarza praktycznego.“

Z powyższego zatém stanowiska oceniać będziemy syfilidologię Dra Krówczyńskiego.

Autor dla łatwiejszego poglądu podzielił dzieło swoje na trzy wielkie działy, z których Iy zajmuje część historyczną, etyjologię choroby i symptomatologię wraz z leczeniem objawu pierwotnego; w części IIgiéj — zajmuje uwagę czytelnika objawami kiły w pojedyńczych narządach, niemniéj poświęca pojedyńcze rozdziały kile zjadliwéj, kile wrodzonéj i rokowaniu. Część III. obejmuje leczenie kiły.

Autor w części historycznéj zestawia treściwie, odpowiednio do rozmiarów dzieła, wszystkie dotychczasowe badania nad istnieniem kiły w starożytności i w wiekach średnich, z których wynika, iż lubo istnienie kiły w starożytności nie jest udowodnioném, natomiast za istnieniem jéj w Europie przed końcem 15 wieku przemawiają niektóre fakta. Po odczytaniu tego działu powziąść można przekonanie, iż autor dokładnie obeznany jest z badaniami historycznemi, a za wielką mu zasługę poczytujemy, że część historyczną wzbogacił licznemi wyjątkami z dzieła znakomitego lekarza XVI stulecia Wojciecha Oczki, daléj z dzieł Stryjkowskiego, Bielskiego, oraz z obcego nam, lecz nasze dzieje badającego Friedberga.

Również treściwie wyłożoną została część o „geograficzném rozpostarciu się kiły“ na całéj kuli ziemskiéj, o wpływie klimatu na kiłę, rasy, urządzeń higijenicznych itp. warunków, które mniéj lub więcéj korzystnie na szerzenie się kiły wpływają.

Co do rozpowszechnienia kiły w kraju naszym powtarza autor zdanie, które zresztą z ust lekarzy tak często słyszeć można, że w Galicyi „kiła jest bardzo rozpowszechnioną, szczególnie między żydowską ludnością, wśród któréj nader często spotyka się bardzo zaniedbane i długotrwające objawy ogólnéj kiły“ (str. 17). Prawdą jest, że w Galicyi kiła srogie przybiera rozmiary, że w niektórych, szczególniéj górskich, okolicach spostrzegamy przypadki, które najzupełniéj licują z przypadkami, jakie nam lekarze XV i XVI wieku w swych opisach pozostawili, prawdą jest także, że ludność żydowska nie jest od kiły zawarowaną, jednak byłoby bardzo pożądaną rzeczą, gdyby autor był poparł zdanie to datami statystycznemi. Zestawienie zatém liczbowe chorych syfilitycznych z pojedyńczych szpitali wojskowych i cywilnych, z raportów lekarzy powiatowych z uwzględnieniem o ile to jest możebném postaci kiły i stosunków miejscowych, byłoby wdzięczną pracą i niezmierną zasługą dla autora. Wtedy przekonalibyśmy się może, w czém to złe leży, gdzie go szukać winniśmy i w jaki sposób mu zaradzić należy.

Począwszy od str. 27 aż do str. 47 w rozdziale: „Historyja rozwoju pojęć o istocie i zaraźliwości kiły“ przedstawia autor treściwie walkę toczącą się począwszy od Galena aż do dzisiejszych czasów. Z rozdziału tego dowiadujemy się, że jeżeli po dziś dzień spór co do istoty kiły nie jest jeszcze w zupełności ukończonym, to z końcem XV stulecia panował najzupełniejszy chaos. Zwolna uwolniono się od mniemania, że kiła zdolną jest przenieść się przez powietrze, a zetknięcie się z chorym uważano za jeden z najgłówniejszych czynników powstawania choroby; prawie równocześnie jednak zaliczono rzeżączkę do pierwotnego objawu kiły, a do odsłonięcia prawdy długiego potrzeba było czasu i wielu doświadczeń na własnéj osobie dokonanych.

Jeżeli rzeżączkę zaliczono do pierwotnych objawów kiły, te tém bardziéj nie możemy się dziwić, iż to samo stało się z szankrem (wrzodem miękkim), a jeżeli pierwsza stanowczo uznaną została za cierpienie miejscowe, walka o istotę szankra, mimo licznych ofiar szczepienia, mimo całéj bystrości naukowéf i trafności wywodów, po dziś dzień nie została jeszcze stanowczo rozstrzygniętą. Daléj poucza nas autor, jak wśród téj walki jawią się z początkiem XIX stulecia zapatrywania prawdziwie dziwaczne, a które mimo to skupiają około siebie luźne grono wyznawców, jak np. poglądy szkoły tak zwanéj fizyjologicznéj, wedle któréj nie istnieje dla chorób wenerycznych żaden przyrzut, a zmiany chorobowe uważa ona za zboczenia przyrody zapalnéj. Całą tę walkę kilkowiekową, w niektórych szczegółach po dzień dzisiejszy jeszcze nie rozstrzygniętą, przedstawił nam autor w porządku chronologicznym sumiennie i pracowicie, unikając zbytecznéj rozwlekłości. Rozdział ten kończy przytoczeniem różnych zdań, jakie w ciągu lat wygłaszali rozmaici badacze, którzy przyrzut kiłowy uważali za pasorzyty zwierzęce lub roślinne, albo téż przypisywali mu własności chemiczne. Byłoby jednak rzeczą bardzo pożądaną, gdyby autor w tym ustępie był wspomniał o przenoszeniu się kiły na zwierzęta. Wprawdzie dotychczasowe badania nie wydały jeszcze pewnych wyników, mimo to jednak sama dokładność rzeczy nakazywała zdaniem naszém obznajomić czytelnika chociażby w krótkości z obecnym stanem badań w tym kierunku przedsięwziętych.

Przechodząc do dalszych części dzieła, zaznaczyć należy, że autor z pośród różnych podziałów kiły na okresy, za najwłaściwszy uważa podział kiły na cztery okresy, jakkolwiek sam wyznaje, iż każdy podział jest sztucznym, a dla tego „że jest sztuczny, nie odpowiada w każdym przypadku przyrodzie, przedstawiając liczne wyjątki.“

Według autora pierwsze trzy okresy zawierają: a) objaw pierwotny, b) objawy zakażenia ogólnego—powiedzmy wczesne — które nieznacznie przechodzą w c) okres trzeci, któ-

rego objawy są zawsze asymetryczne i ograniczone do pewnych miejsc. Do czwartego okresu zalicza autor chérę (*cachexia*), która zdaniem jego jest następstwem przebytych zboczeń.

Cały dział obejmujący etyjologiję kiły jest bardzo starannie obrobionym, a w nim złożył autor liczne dowody znajomości gruntownéj przedmiotu, którego opracowaniem się zajął. Szczepienia z biegiem czasu dokonane przez najrozmaitszych badaczy rozmaitemi wydzielinami, bądźto przyrody kiłowéj, bądź też wydzieliną fizyjologiczną lub tworami palologicznemi organizmu kilowego, są treściwie zestawione, a rozumowania autora w niektórych kwestyjach zawiłych są trafne i logicznie przeprowadzone.

Natomiast nie można się zgodzić ze zdaniem autora na str. 80 w rozdziale „Siedziba pierwotnego objawu kiły“ wypowiedzianém, a który to ustęp rozpoczyna się od słów: „Zadziwić musi ta okoliczność, iż pochwa nie bywa siedzibą pierwotnego objawu kiły“.... a nieco dalej: „Z wyjątkiem Klinka nikt zresztą nie stwierdził istnienia pierwotnego objawu w głębi pochwy“ ....

Zdania te autor zanadto pewnie i stanowczo wypowiada, albowiem lubo nie przeczymy, iż tak pierwotny objaw kiły jak i szankry w pochwie należą ze względu na tę miejscowość do rzadkich przypadków, to jednak nie możemy żadną miarą błonie śluzowéj pochwy przyznać jaką ochronność (*immunitas*) dla wrzodów wenerycznych, a to tém mniéj, iż tego rodzaju przypadki sami spostrzegaliśmy; daléj pozwalamy sobie nadmienić, iż wrzód pierwotny nietylko przez Klinka i Bineta (którego autor w przypisku przytacza) widziany i opisany został — ale także i inni autorowie takowe opisywali — a w dowód tego wymieniamy monografiję Dra Gardillona: *Essai sur le chancre du vagin, chancre non infectant et chancre infectant* 1881, w któréj przytacza cztery przypadki wrzodów pierwotnych kilowych w pochwie i jak najdokładniéj opisuje ich wejrzenie i przebieg... niemniéj wykazuje różnice, jakie zachodzą między wrzodami wenerycznemi pochwy a innemi zmianami chorobowemi. Prócz tego zwracamy także uwagę na prace Dra W. J. Rasumowa z Moskwy: *„Zur Statistik der Schanker der Vaginalportion* (*Archiv für Dermatologie u. Syphilis.* 4. Heft. 1880) i Dra L. Glücka: *„Zur Statistik der Vaginal u. Portio Schanker“* (Wiener mediz. Presse Nr. 32 ex 1881). Wprawdzie prace te są więcéj w kierunku statystycznym niż klinicznym wykonane, z nich jednakowo wynika, iż autorowie ci spostrzegali niewątpliwie wrzody weneryczne w pochwie.

Na tém miejscu zaznaczamy, iż liczne ustępy i wywody autora każą nam go zaliczyć do wyznawców zasad dualizmu.

W dziale: „Symptomatologija“ a szczególniéj w ustępie: „Rozwój pierwotnego objawu“, wykład jest nieco mniéj jednostajnym z powodu, że autor z raz podjętéj kwestyi zbyt rychło przerzuca się na drugą. W dalszy ciągu swéj pracy autor opisując odmiany, jakim wrzód pierwotny bądź to skutkiem najrozmaitszych wpływów szkodliwych, bądź też ze względu na jego usadowienie ulegać może, przechodzi wreszcie do opisu zaniku w narządzie limfatycznym. Wprawdzie nie zupełnie zgadzamy się z tak bezwzględnie wyrażoném zapatrywaniem autora, iż przy wrzodach fagadenicznych (stwardniałych) sąsiednie gruczoły limfatyczne nie obrzmiewają, gdyż dotychczasowe spostrzeżenia czego innego nas pouczyły, mimo to chętnie przyznajemy autorowi, iż rozdział ten zarówno jak i po nim następujące rozdziały są dobrze opracowane.

W początkowych rozdziałach części II autor obznajamia czytelnika z zakażeniem kiłowém i jego wpływem na ustrój, poczém przechodzi do objawów kiłowych na skórze i błonach śluzowych.

Objawy na skórze dzieli na 4 główne działy „opierając się nietylko na makroskopowéj postaci, lecz i na siedzibie zmian, uwzględniając przytém okres czasu.“

Stósownie do tego podziału autor konsekwentnie, ze ścisłą znajomością zmian anatomo-patologicznych, opisuje wszelkie zmiany pojawiające się na skórze, zaznaczając przytém postacie, jakiemi odznaczają się nawroty wysypek kiłowych. Tém samém logiczném przeprowadzeniem rzeczy odznaczają się rozdziały, opisujące zmiany na błonach śluzowych.

Zaznaczyć nam wypada, iż w wymienionych rozdziałach autor przedstawia nam się jako samodzielny badacz, w nich opisał to, co sam widział i co go pouczyło własne doświadczenie; dla tego też rozdziały te pozbawione są licznych powoływań się na doświadczenia innych, na czém znakomicie zyskuje praca autora przez jasne i zrozumiałe wyłożenie rzeczy. Rozdziały te należą niewątpliwie do najlepszych części całego dzieła.

Z rozdziałów traktujących o zmianach kiłowych w narządach najlepiéj opracowaną jest część opisująca zmiany narządu nerwowego, krócéj już opisane są zmiany w układzie kostnym i w innych narządach.

W części drugiéj zasługuje na uwagę rozdział o kile wrodzonéj, w którém zestawione są zwięźle dotychczasowe przeglądy na tę nierozjaśnioną jeszcze w zupełności sprawę chorobową. Niektóre twierdzenia popiera autor własnemi spostrzeżeniami, z których na szczególniejszą uwagę pod względem rzadkości zasługuje przypadek na str. 332 przytoczony. Przypadek ten dowodzi, iż matka kiłą wczesną dotknięta może urodzić dziecię wolne od kiły, czyli inaczéj, że u matki kiłowéj jajko nie musi być zakażoném. Przypadek tego rodzaju nie znosi jednak twierdzenia, iż matka kiłą wczesną dotknięta rodzi dzieci syfilityczne, dowodzi jednak, iż w patologii kiły niema reguły, którąby nieposiadała wyjątku.

O ile historyja i etiologija kiły wrodzonéj względnie do rozmiarów dzieła jest wyczerpująco opracowaną, o tyle może nieco za krótko opisuje autor symptomatologiję kiły wrodzonéj, która w całem swojem przebiegu okazuje bardzo wiele rozmaitości na szczególne uwzględnienie zasługujących.

Część trzecia i ostatnia obejmuje leczenie kiły; w niéj autor po dokładném a treściwém zestawieniu środków i sposobów przeciw kile stosowanych w dawniejszych czasach, obznajmia czytelnika z wszelkiemi dzisiaj używanemi metodami leczenia kiły. W rozdziale o leczeniu kiły za pomocą rtęci, którego sposobu leczenia autor jest umiarkowanym zwolennikiem, zastanawia się nad jéj działaniem i poddaje krytycznemu rozbiorowi wszystkie dotychczas znane teoryje działania rtęci. Omawiając rozmaite sposoby zastosowania rtęci, zatrzymuje się autor dłużéj nad leczeniem kiły za pomocą wstrzykiwań podskórnych przetworów rtęciowych. Ustęp ten polecamy każdemu jako taki, z którego poinformować się można dokładnie o wartości tego sposobu leczenia i o wyborze środka, który ma być do wstrzykiwań użytym.

W ten sam sposób przeprowadza autor krytycznie sposób leczenia kiły za pomocą jodu. W części téj wkradła się fatalna omyłka drukarska, która nie została sprostowaną, a z któréj wynika, iż Martini i Lubeck przeciw wrzodom kiłowym gardła używali jodu, gdy tymczasem lekarz, który polecał

jod przeciw kile wczesnej, a przedewszystkiém przeciw wrzodom syfilitycznym w gardle był Dr. Martini z Lubeki (Lübeck). Koniec dzieła stanowi leczenie pojedynczych objawów kiły i leczenie zboczeń skutkiem nieodpowiedniego używania rtęci wywołanych.

Dzieło odznacza się czystością językową — styl w ogólności jest łatwym i i nie nuży czytającego; wydawnictwo samo odznacza się jak wszelkie dotychczasowe dzieła „Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich" wielką starannością.

Dzieło zatem Dr. Krówczyńskiego jest pożądanym nabytkiem dla literatury, jest ono dobrym podręcznikiem dla uczącego się, a w pewnych razach może nawet wielkie oddać usługi lekarzowi specyjalnie tej gałęzi medycyny poświęcającemu się. Gdyby jednak autor trzymał się był nieco ściślej programu, jaki sobie w przedmowie nakreślił, i gdyby nie tyle dbał o gromadzenie najrozmaitszych, często przeciwnych sobie zapatrywań różnych autorów, lecz gdyby starał się natomiast uwydatniać ostateczne wyniki tych badań, dzieło jego zyskałoby znakomicie na wartości.

Niechaj zatém autor raz szczęśliwie rozpoczęte dzieło zechce wzbogacić dalszemi częściami nauki o chorobach wenerycznych, niechaj jednak uwzględni, jeżeli to uzna za słuszne, te drobne usterki, któreśmy mu z życzliwości dla jego pracy wytknęli, a wtenczas przyszła praca jego będzie znakomitym nabytkiem dla literatury naszéj, czego mu z całego serca życzymy. *Dr. Zarewicz.*

Dr. L. Lewandowski: **Die Elektrotechnik in der practischen Heilkunde.** Nakład A. Hartlebena we Wiedniu. 1883 in 8vo 384.

Z każdym dniem prawie staje się żywszą dla lekarza potrzeba dokładnego poznania zasad elektrotechniki, z każdym dniem bowiem staje się rozleglejszém jéj zastósowanie w medycynie, w któréj elektryczność była już wtedy zastósowaną, gdy nikt jeszcze nie marzył o tak rozległém i korzystném użyciu téj siły przyrody w innych gałęziach wiedzy i przemysłu. Dla lekarza może być zupełnie obojętną istota elektryczności, nie potrzebuje on się wcale zastanawiać nad przyczynami odmiennych własności prądów od elektryczności wydobywanéj przez pocieranie, kwestyje te obchodzą fizyków a mają raczéj znaczenie w teoryi aniżeli w praktyczném zastósowaniu, wystarcza dla lekarza gruntowna znajomość głównych zasad elektrotechniki a da sobie bez wątpienia radę z każdym przyrządem, których całe szeregi podaje mu dzisiaj do rąk sprytny i skrzętny mechanik. Zdanie to nie odnosi się tyle do przyrządów o prądzie indukcyjnym i do bateryj o prądach stałych, w które to przyrządy w coraz dogodniejszych postaciach zaopatrzony jest zapewne każdy lekarz postępujący z nauką, chociaż i w tym względzie nie zaprzeczy nikt potrzebie gruntownego poznania zasad ich konstrukcyi, komu się zdarzyło, że przyrząd przed tém do użycia przydatny nie dopisał w obec chorego, czekającego niecierpliwie na zastósowanie prądu indukcyjnego lub stałego. O wiele częściéj zajdzie bez wątpienia konieczność poznania mechanizmu i konstrukcyi przyrządów więcéj skomplikowanych, gdy galwanokautery i endoskopy udoskonalone wyrobią sobie prawo obywatelstwa w dyjagnostyce i terapii. Z przyrządów tych rozpowszechni się z czasem użycie gastroskopu, sporządzonego przez Leitera według wskazówek prof. Mikulicza. W roku bieżącym użyto nawet wielokrotnie światła elektrycznego do badań lekarskich a jakkolwiek ono musi pozostać na razie przywilejem specyjalistów, to przecież w przyszłości można mu wróżyć powodzenie przynajmniéj w zakładach naukowych lekarskich. Z powyższego wynika, że za prawdziwą zasługę należy poczytać autorowi, że podjął się pracy około napisania podręcznika, przeznaczonego wyłącznie dla lekarzy, a w którym znajduje się opis wielu przyrządów, jak np. zgłębników elektrycznych, sonometrów, sfigmofonów itd. nie używanych dotąd na większy rozmiar. 95 pięknie wykonanych rycin w tekscie, wyjętych po największéj części z dzieł i rozpraw specyjalnych, ułatwia zrozumienie zastósowania i działania przyrządów nawet takich, których opisów nie ma dotąd wcale w podręcznikach naukowych, jak np. akumulatorów Plantego i Faurego, tj. t. zw. stosów drugorzędnych. To też pracę Dra L. śmiało polecić możemy każdemu, komu nie jest obojętnym postęp w téj dziedzinie; nie poruszono tam wcale kwestyj elektro-terapeutycznych; zagadnień fizyjologicznych i patologicznych dotyka autor jedynie w razie koniecznéj potrzeby, ale trzymając się wiernie tytułu dziełka przedstawia rzecz jasno i treściwie. *Dr. Schaitter.*

Prof. Liebermeister: **O nowszych usiłowaniach leczniczych.** (Wykład miany na 56 Zjeździe lekarzy i przyrodników niemieckich we Fryburgu).

Zwrot, który około połowy bieżącego wieku nastał w patologii, stał się zgubnym dla terapii, tak, że następstwem był skeptycyzm i nihilizm lekarzy, którzy sądzili, że teraz powinni jedynie naukowo obserwować przebieg chorób. Dzisiaj dokonywa się w patologii zwrot z kierunku anatomicznego do etyjologicznego, ten jednakże kierunek nie wpłynie wcale tak niekorzystnie na terapiję, która jednak zyskała także w okresie leczenia wyczekującego, pozbyła się bowiem raz na zawsze wszelkich złudzeń, a wszystko co miało wartość, utrzymywało się w niéj aż do czasów najnowszych, w których lekarze nie biorą sobie za zadanie leczyć zmiany anatomiczne, lecz uwzględniając głównie przyczyny chorób przeciw nim kierują swoje zabiegi.

Zmiana, która się właśnie dokonywa w patologii, nie powstała wcale nagle, lecz już od pewnego czasu przygotowuje się, jak o tém świadczą zapatrywania autora wypowiadane na 20 lat przed tém przy innych sposobnościach, zapatrywania, które nawet od wieków miały swoich wyznawców odosobnionych jednak, i uważanych w tych czasach za marzycieli, a to co wtedy uważano za fantazyję, stwierdzono dzisiaj niewątpliwie w wielu chorobach. Już w ostatnim dziesiątku lat zaczęto się liczyć w terapii z temi nowszemi poglądami a zmiana może się dokonać zwolna, terapija zyska nowe podstawy i uporządkuje systematycznie środki, które już przed tém posiadała w odwodzie.

Z natury rzeczy wynika, że wszystko, co się w tym kierunku dzisiaj prawi, nie może wcale być pewném i dokładném, gdyż co do licznych kwestyj są zdania jeszcze podzielone. W wykładzie niniejszym roztrząsa autor pytania, które są w całéj medycynie na porządku dziennym, jest to jedna z pierwszych prób tego rodzaju, dla tego też nic dziwnego, że zapatrywania jego będą zapewne jednostronne, badanie ścisłe w tym zakresie tak skomplikowanym musi napotykać znaczne trudności a ostateczne stanowcze orzeczenie należy w licznych kwestyjach pozostawić spokojnie następnemu pokoleniu.

Jeżeli uznano, że choroby powstają w skutek wtargnienia pewnych przyrzutów do organizmu, polega pierwsze wskazanie lecznicze na chronieniu organizmu przed inwazyją tych pasorzytów; zadaniem terapii będzie zatém przedewszystkiém wypełnienie wskazań zapobiegawczych. Ustroje cho-

robotwórcze podzielić należy na dwie grupy; są pośród nich pewne, które znajdują się wszędzie i zawsze a przynajmniéj wszędzie i zawsze mogą się znajdować; tu należą ustroje sprowadzające gnicie istot organicznych i wiele innych grzybów porostów i grzybków rozszczepnikowych. Większa część tych organizmów jest dla ludzi wcale nieszkodliwą, inne wywołują choroby dopiero wśród pewnych warunków, tak że znajdują się w organizmie zdrowym, jednak do wywołania choroby potrzeba, aby znalazły teren odpowiedni, wyczekują one niejako na warunki dla swego rozwoju odpowiednie. Pod wpływem takich organizmów ulegają zwłoki gniciu, tak samo téż może uledz gniciu obumarła część ciała żywego a dostanie się produktów tego gnicia i samych istot pośredniczących w téj sprawie do ogólnego krążenia może wywołać obraz t. zw. posocznicy. Często nieprawidłowy przebieg pewnych czynności organizmu może wpłynąć korzystnie na rozwój takich zarodków. Tak np. w niektórych chorobach z zaziębienia powstałych nie wznieca choroby samo zaziębienie, lecz ono przysposabia niejako korzystne warunki dla bujania pasorzytów.

Zupełnie odmiennie zachowuje się inny rodzaj przyrzutów, które znajdują się tylko w pewnych okolicach albo tylko w pewnym czasie, są to przyrzuty chorób nagminnych i pospólnych. Tak np. przyrzuty zimnicy powstają w pewnych miejscowościach wywołując tamże chorobę, która gdzieindziéj nigdy się nie pojawia. Cholera nie powstała dotąd samodzielnie nigdzie jak tylko w Indyjach wschodnich, chociaż gdy przyrzut został przeniesiony, nawiedzała rozległe przestrzenie a nawet cały niemal zamieszkały okręg ziemi przeciągała. Dur brzuszny pojawia się tylko tam, gdzie znajdowały się przyrzuty jemu właściwe z czasów dawniejszych albo też dokąd je późniéj zawleczono, tak samo nie występuje nigdy samodzielnie ospa, odra, płonica i dur osutkowy, lecz dopiero gdy specyficzne ich przyrzuty zawleczone w pewne miejscowości napotkały ustroje na nie jeszcze wrażliwe. Tego rodzaju podział przyrzutów na dwie grupy jest koniecznym a chociaż nie wiemy dotąd wcale, o ile różnią się istoty zaliczone do pierwszéj grupy pomiędzy sobą i czy możliwą jest transformacyja poszczególnych rodzajów, to w grupie drugiéj napotykamy rodzaje z charakterem specyficznym nie zdolne w dalszych pokoleniach do przemiany, tak że każdy rodzaj wywoływa zawsze chorobę jedną i tę samą. Z chorób przyrannych należy uważać ropienie, zwykłą gorączkę przyranną i posocznicę za wywołane przyrzutami do pierwszéj grupy należącemi, podczas gdy ropnicę i różę wywołują przyrzuty specyficzne. Jakkolwiek gruźlica jest nader rozpowszechnioną w świecie cywilizowanym, to przecież nie wywołują jéj przyrzuty znajdujące się wszędzie i zawsze, lecz przyrzut specyficzny, nie znali jéj bowiem murzyni w Afryce środkowéj i mieszkańcy Australii, aż gdy ją tam zawlekły rasy cywilizowane.

Zachodzi teraz pytanie, jak możemy się ustrzedz przed wtargnieniem tych szkodliwych istot? Najskuteczniejszém w tym względzie jest przestrzeganie zasad podawanych przez higijenę, które mają na celu zniszczenie ognisk przyrzutowych; tutaj odnoszą się przepisy służące do oczyszczania naszych mieszkań, powietrza i wody, i do niszczenia odpadków życia zwierzęcego; odwietrzanie w znaczeniu ściślejszém ma w tym względzie niepoślednią doniosłość, gdy zaś w przyszłości zbliżymy się do bliższego poznania tych istot, być może że znajdziemy inne jeszcze sposoby do ich niszczenia. Nie mamy dotąd sposobów dostatecznych, dlatego zrazu wypada nam chronić się przed inwazyją w pokarmach i wodzie do picia a powierzchnie ranne starannie przed niemi osłaniać za pomocą środków doświadczonych w tym względzie. Jak skutecznėm może być działanie lekarza w przypadkach właśnie co wymienionych, okazuje się z zastósowania nowego leczenia ran za pomocą sposobu Listera w porównaniu z rezultatami dawniejszemi.

Przeciw przyrzutom chorób nagminnych sposoby polecane przez higienistów są również najodpowiedniejszemi, ale oprócz nich mamy jeszcze inny sposób ochronienia się przed niemi. Jeżeli choroba nagminna powstanie w pewném miejscu, to rozszerza ona się jedynie przez zawleczenie przyrzutów; nie każdy przyrzut przeniesiony dostaje się na teren odpowiedni dla swojego rozwoju, zachodzi tutaj coś podobnego jak wśród zasiewania nasion roślin; aby nasienie mogło się przyjąć, musi paść na rolę odpowiednią. Przyjmowaniu się przyrzutów sprzyja większa ilość ludzi zamieszkujących w miejscu ograniczoném, nieczystość i nagromadzenie istot gnijących. Nadto nie bez wpływu jest położenie miejscowości, stan wody gruntowéj i stosunki atmosferyczne. O tych okolicznościach sprzyjających rozwojowi przyrzutów tyle się już prawi szerszym kołom publiczności, że zachodzić może obawa, żeby ktoś nie sądził, iż one same stanowią istotną przyczynę chorób zakaźnych. Jak bowiem najżyźniejsza rola nie wyda obfitego plonu pszenicy, któréj nie zasiano, tak téż bez dostania się przyrzutu choćby w najkorzystniejsze dla niego warunki nie może powstać choroba zakaźna. Dowiedzionem jest, że przyrzuty nie przenoszą się z wiatrem na odleglejsze miejsca jak to dawniéj sądzono, jako skuteczne mogą one przenieść się drogą powietrzną w bardzo ograniczonéj przestrzeni; ludzie i przedmioty, które się zetknęły z niemi, są zawsze prawie pośrednikami w ich wędrówkach. Jeżeli rzecz tak się przedstawia, nie wątpi zapewne nikt, iż odgraniczenie i odosobnienie będzie najskuteczniejszym środkiem zapobiegawczym, a dziwić musi twierdzenie pierwszorzędnych osobistości, że kwarantana i inne sposoby odgraniczenia zdrowych od miejscowości nagabniętych chorobami nagminnemi nie mają żadnego celu i są środkami wprost bezskutecznemi.

Zdania tego rodzaju należy bez wątpienia kłaść na karb innych okoliczności, a jak to bywa z cholerą, na karb niewygody i upośledzenia ruchu handlowego Anglików, którym nie może być miłem słuchać ze wszech stron zarzutów, że sprowadzają zarazę na Egipt i nie kładą tamy skutecznéj przeciw szerzeniu się jéj na większych obszarach, jak to miało miejsce w roku bieżącym. Kwarantanę skuteczną jest nader trudno zaprowadzić a jeżeli sposoby odgraniczenia nie dopisały czasami, należy to przypisać ich niedokładności, co jeszcze wcale nie uprawnia do wyrugowania ich z użycia jako bezskutecznych. Zupełnie tak się to przedstawia, jak gdyby ktoś radził niezaopatrywać szaf i drzwi w zamki na klucz zamykane, dlatego, że raz albo drugi udało się sprytnemu złodziejowi dostać się pomimo zamknięcia. Takim odgraniczeniom, jakkolwiek wcale nieidealnym, należy przypisać zlokalizowanie dżumy w ostatnich latach a w roku bieżącym jedynie baczność państw nadmorskich uchroniła Europę od cholery.

Sposoby przeciw szerzeniu się chorób zakaźnych muszą być odmienne w obec różnych chorób; w ospie, np. w odrze, płonicy i durze wysypkowym i innych chorobach przenośnych z osoby na osobę, odgraniczenie chorego bywa skutecznėm; w cholerze, durze brzusznym i czerwonce tkwi

przyrzut w dejekcyjach chorych, to téż z temi należy postępować odpowiednio; w gruźlicy i suchotach płuc następuje zakażenie za pośrednictwem plwocin a już od lat 15tu polecał L. dodawać do spluwaczek kwasów mineralnych, teraz zaś posługuje się w tym celu rozczynem sublimatu. Usiłowania zapobiegawcze nie odnoszą jeszcze wcale skutków pożądanych a chociażby po pewnym czasie udało się zapobiegać pojawianiu się licznych przypadków jednéj choroby, to sporadyczne przypadki będą bezwątpienia zawsze mieć miejsce. W takich przypadkach byłoby leczenie specyficzne najodpowiedniejszém, a mimo że dawniéj poszukiwane leki specyficzne porzucono zupełnie w czasach panowania leczenia wyczekującego, to nie można wcale zaprzeczyć, że dążenie do wyszukania leków specyficznych jest usprawiedliwioném, gdyż doświadczenie poucza, że mamy już takie leki przeciw pewnym chorobom, jak np. korę chinową i jéj alkaloid przeciw zimnicy, kwas salicylowy przeciw gośćcowi stawowemu, rtęć przeciw kile itd., tak, że można mieć nadzieję znalezienia leków specyficznych przeciw płonicy, ospie, cholerze i czerwonce. Leczenie miejscowe chorób, które tak się rozpowszechnia i zyskuje przystęp do narządów coraz to innych, bywa już teraz nieraz specyficzném, jeżeli się wspomni tylko o śluzoropotokach i pasorzytnych chorobach skóry.

Chociażby nawet nie powiodło się wynaleść na wszystkie choroby leków specyficznych, to inną jeszcze posiadamy broń przeciw nim, a jest nią pewna pośrednia ochrona, polegająca na własności chorób wybierania sobie tylko pewnych ofiar. Nie dosyć na tém, aby prątki gruźlicze dostały się do narządu oddechowego człowieka, muszą one tam napotkać korzystne warunki dla siebie i w tym razie dopiero rozwijają swoje działanie; gdyby było inaczéj marłaby większa część lekarzy z gruźlicy. Dlatego téż unikanie i leczenie wszystkich zboczeń i zmian w narządach, zrazu nie znacznych, ułatwiających jednak usadowienie się i rozwielmożnienie przyrzutów musi być również ważném zadaniem lekarza postępowego. Jeżeli odpowiednie leczenie zastósuje się w porze wczesnéj, skoro tylko pierwsze ślady choroby stwierdzono dokładném badaniem i jeżeli leczenie to trwa przez dostateczny przeciąg czasu, można mieć nadzieję wyleczenia. Niestety jednak dowiadujemy się o chorobie już zapóżno dla zastósowania takiego systemu a większa część chorych nie jest w tak korzystném położeniu, aby mogła leczyć się odpowiednio przez czas dłuższy.

Nowe tory dla terapii przygotowują się również przez rozleglejsze zastósowanie szczepienia chorób a jakkolwiek wiele pytań w tym kierunku rozstrzyga się jeszcze w pracowniach patologicznych na zwierzętach, to przecież nie można przeczyć, że postęp jest tutaj możliwym, jak to ma miejsce w szczepieniu ospy.

Pośrednią ochroną otoczone są także pewne okolice, w których epidemije doznają przeszkód w szerzeniu się, w licznych miejscowościach jest to zapewne przypadkowém, że zawleczone przypadki zarazy nie dały powodu do wybuchu epidemii. Bądź co bądź są pewne okoliczności, utrudniające i ułatwiające rozwój zaraz, pewne z nich, jak położenie geograficzne, własności geognostyczne gruntu, nie podlegają zmianom, któreby ręka ludzka dokonać była w stanie; inne jednak można dowolnie polepszyć stosując odpowiednie przepisy higijeny, jak o tém wyżéj wspomniano.

Zawsze jeszcze pozostanie cały szereg przypadków chorób, w których nie okaże się skuteczną ani metoda zapobiegawcza, ani specyficzna, ani téż pośrednia ochrona nie odniesie skutku. Przypadki te będą przedmiotem leczenia wyczekująco-symptomatycznego, które powstało zwolna z leczenia wyczekującego. Bardzo jest trudném zadanie lekarza w téj metodzie leczenia, wymaga ona bowiem gruntownéj znajomości przebiegu chorób prawidłowego i powikłań zdarzających się w tym przebiegu, wymaga ona dokładnego rozpoznania indywidualności chorych, daléj pewności sądu, aby uchronić od zabiegów zbytecznych a działać stanowczo w razie potrzeby. Metoda ta ma nader rozległe zastósowanie, ale téż zadanie jéj jest bardzo wdzięczném.

Wymienić wypada również metodę zwaną dawniéj metasynkrytyczną, która sprowadza pewien przewrót w odżywianiu, aby organizm jeszcze dostatecznie silny sprowadził równowagę. Leczenie wodami lekarskiemi, głodem, pragnieniem, kąpielami lub systematyczném używaniem środków czyszczących, pracy fizycznéj i leczenie dyjetetyczne należą do téj grupy.

We wszystkich działach terapii wzrosła liczba środków. Wiele przybyło leków nowych, których skuteczność stwierdzono a środki lecznicze fizyczne jak zimno i ciepło, elektryczność i zmiany w ciśnieniu powietrza zyskują z dnia na dzień na wziętości. Co ważniejsza dochodzi się teraz systematycznie działania tych środków na organizm zdrowy i i schorzały, co również terapii wyjdzie na korzyść. Nowoczesna terapija nie zasadza się wcale na dogmatycznych pewnikach, za podstawę służy jéj cała wiedza lekarska, któréj postęp musiał na nią wpływać korzystnie, z drugiéj strony cieszy się ona pewną empiryczną samodzielnością i nowsze jéj dążności mają przyszłość zapewnioną. *(Wiener allg. med. Ztg.* Nr. 39, 1883). *Dr. Schaitter.*

Prof. Benedikt: **Przyczynek do nauki o umiejscowieniu czynności mózgu.**

Trwała pamięć o zdaniu: „*der Diagnostiker besteht aus einem Gnostiker, der weiss, was er aus den vorliegenden Kenntnissen wissen kann, und einem Agnostiker, der genau weiss, was er nicht weiss*“ z pewnością posłużyć może za bezpieczną nić przewodnią śród rozpoznawania chorób mózgu. By jednak módz uchwycić się téj przewodniéj nici, nie dosyć zaznajomić się z nowszą literaturą w okresie wspomnianych chorób, lecz konieczną nadto jest rzeczą w zamęcie sprzecznych pojęć odszukać zdrowe ziarnko prawdy. W ostatnich czasach pojawiło się takie mnóstwo prac na polu nauki o umiejscowieniu czynności mózgu, że krytyczny rozbiór i uporządkowanie nagromadzonego materyjału należy z prawdziwą powitać radością.

Ten właśnie wytyczny kierunek mają wykłady kliniczne prof. Benedikta. W nich to spotykamy się z niejedném trzeźwém a jędrném zdaniem, które również żywo obchodzić może patologa doświadczalnego jak i lekarza praktycznego. Nie mogąc wchodzić w bliższe szczegóły, podam choć w krótkich zarysach treść tychże wykładów.

Po porównaniu różnych części kory mózgu ludzkiego z odpowiedniemi częściami kory mózgowéj zwierząt ssących i sprostowaniu kilku dotychczas istniejących porównawczo-anatomicznych błędów, przechodzi autor do rozbioru najprostszych spraw psychologicznych. Dotychczas bowiem przy ocenianiu doświadczeń, wykonanych na zwierzętach, jakotéż przy badaniu chorych za mało uwagi zwracano na fundamentalne nawet zasady psychologii. Jak wiadomo podstawą wszelkiéj naszéj psychicznéj czynności są przedewszystkiém wrażenia zmysłowe, które od świata zewnętrznego odbiera-

my. Jeżeli te wrażenia posiadają dosyć siły, stają się spostrzeżeniami. Najprostsze zaś spostrzeżenie, jeżeli bez ponownego wrażenia zmysłowego w pamięci odtworzoném być może, staje się wyobrażeniem. Wyobrażenie więc różni się od spostrzeżenia tylko ilościowo, podobnie jak wypłowiały, więcéj schematycznie wykonany obraz od szczegółowego, w pełnych barwach odmalowanego obrazu. Z tego okazuje się, że przypuszczanie innych ośrodków dla spostrzeżeń, a innych dla pojęć, nie ma żadnego sensu, a tém samém więc rozróżnianie tak zwanéj „ślepoty korowéj“ i „ślepoty duszy“ jest błędném.

Jeżeli spostrzegliśmy kilka różnych, lecz jakąś wspólną cechę mających przedmiotów, to ta wspólna cecha naturalnie jako najsilniejsza pobudka ośrodków mózgowych występuje jako odrębny obraz, t. j. jako pojęcie. Każde pojęcie a nawet każde wyobrażenie najprostszego choćby przedmiotu składa się z wrażeń wchodzących w zakres najróżnorodniejszych sfer zmysłowych. Tak np. wrażenie, jakie od kawałeczka papieru otrzymujemy, składa się z wrażeń odebranych za pośrednictwem zmysłu wzroku, dotyku, a nawet słuchu, jeżeli uwzględnimy nazwisko tegoż przedmiotu. Ponieważ więc, jak to anatomija i doświadczenie uczą, każde z tych częściowych wrażeń złożoném zostaje w różnych miejscach półkul mózgowych, przeto z tego wynika, że każde wyobrażenie i każde pojęcie posiada pod względem anatomicznym rozlany, pod względem zaś fizyjologicznym skupiony ośrodek (*centrum*). Z takiém pojmowaniem rzeczy zgadza się ten fakt, że w niedołęztwie porażenném (*dementia paralytica*) tylko przy rozległém schorzeniu półkul wyraźny jest brak wyobrażeń i pojęć, podczas gdy przy ograniczoném schorzeniu kory mózgowéj nie spostrzega się zazwyczaj braku zbiorowych wyobrażeń lub pojęć.

Wyobrażenie o jakimś przedmiocie składa się ze sumy pewnych oznak. Jeżeli się jednak niektóre z tych oznak zmienią, np. broda lub strój u znanéj przedtém osoby, to przy ponowném widzeniu nie możemy czasem przedmiotu lub osoby rozpoznać. To samo się stanie, jeżeli przez jakąś sprawę chorobową lub sztuczne doświadczenie zaginą niektóre z oznak, składających się na zbiorowe wyobrażenie. Niemożność atoli rozpoznania z powodu częściowego braku oznak, odnoszono dotychczas błędnie wprost do niemożebności spostrzegania.

Każde wrażenie ze świata zewnętrznego otrzymane nietylko wytwarza w duszy naszéj wyobrażenie o przedmiocie, ale także wzbudza równocześnie uczucie przyjemne lub nieprzyjemne, o czém już od czasów S p i n o z y wiadomo. Ośrodki dla tych uczuć są znów odmienne od ośrodków dla wyobrażeń. Uczucie w połączeniu z pewném wyobrażeniem wytwarza w nas pewną żądzę. Połączenie się zaś żądzy z wyobrażeniem, w jaki sposób to, czego się pragnie, osiągniętém być może, służy jako bodziec do ruchu. Otóż przy ocenianiu każdéj czynności nietylko należy uwzględnić zakres wyobrażeń, lecz także zakres uczuć, o czém atoli patologowie doświadczalni wyjątkowo tylko pamiętali.

Następnie nieodzowną jest rzeczą, aby przy wysnuwaniu wniosków z doświadczeń lub z faktów klinicznie stwierdzonych baczną zwrócić uwagę na okoliczność, że niewątpliwie istnieją pewne części mózgu, których schorzenie wywołuje trwałe zaburzenia troficzne w innych odległych nawet częściach. Za wzór w tym względzie posłużyć może tarcza zastoinowa i zapalenie siatkówki w myśl M a u t h n e r a (*neuroretinitis*).

Wreszcie przy badaniu chorego należy starannie uwzględnić delikatniejsze odcienia czynności umysłowych, a mianowicie oznaczyć stopień zdolności kojarzenia wyobrażeń, oznaczyć zakres uczuć i siłę woli, a wtedy bez wątpienia znajdzie się mniéj „utajonych“, ciężkich schorzeń mózgu.

Po tych ważnych wstępnych uwagach przechodzi autor do krytyki zdań, które dotychczas w zakresie nauki o umiejscowieniu czynności mózgu wypowiedziano. Omawia tu doświadczenia H i t z i g a, wykonywane przez drażnienie lub wycinanie kawałków kory mózgowej, wytyka F e r r i e r o w i błędy, popełnione z powodu nieuwzględniania pewnych objawów, wywołanych chwilowo li tylko skutkiem saméj operacyi, kreśli hipotezę D u r e t a i C a r v i l l a o wzajemnéj zastępczéj lub powrotnéj czynności pewnych części mózgu i przytacza wreszcie zwycięzkie zwalczenie téjże hipotezy przez G o l t z a.

Wnioski, do jakich autor po téj krytyce dochodzi są następujące:

1. Ta część kory mózgowéj, któréj podrażnienie wywołuje w ogólności skurcz mięśni, a która to część zowie się dla tego sferą „pobudliwą“ lub „psychomotoryczną“ — zawiera o ś r o d e k, którego p o d r a ż n i e n i e wywołuje jednostronne d r g a w k i.

2. Z n i s z c z e n i e tego ośrodka dla drgawek sprowadza s k u r c z e n i a (*contractura*) skutkiem zstępującego zwyrodnienia dróg piramidalnych.

3. Dokładne określenie fizyjologicznéj czynności wspomnianego ośrodka jest dotychczas zdaniem B. niemożebném. Prawdopodobnie odnosi się ona do kojarzenia ruchów w ogólności, a do regulowania napięcia w stawach w szczególności. Autor przypuszcza, że czynność ta zostaje pod wpływem dwóch przeciwniczych innerwacyj, a mianowicie pobudzającéj i tamującéj innerwacyi. (Podobne zapatrywanie wypowiedział prof. A d a m k i e w i c z w pracy pod tyt.: „Prawidłowa czynność mięśni uważana jako skutek równowagi dwóch przeciwnych pobudzeń nerwowych.“ Obacz Przegląd Lek., Nr. 2, 3, 1883. *Przyp. Spraw.).*

4. Za pewnik uznać należy zdanie, że kora mózgowa n i e posiada żadnego ośrodka r u c h o w e g o w myśl B e l l a, to znaczy, że zniszczenie jakiejś części kory mózgowéj nie wywołuje nigdy takiego porażenia mięśni, jak przecięcie odpowiedniego nerwu ruchowego. W korze mózgowéj a mianowicie w tak zwanéj psychomotorycznéj sferze istnieją o ś r o d k i tylko d l a w y o b r a ż e ń o r u c h a c h, a nie dla samych ruchów. Chcąc bowiem wykonać jakiś ruch, np. podnieść rękę, koniecznie jest potrzebném najprzód należyte wyobrażenie o tym ruchu, trzeba odczuć, które mięśnie ma się skurczyć, jakiéj siły mięśniowéj użyć należy, trzeba wreszcie mieć świadomość wzajemnego położenia swych poszczególnych członków itp. Otóż w korze mózgowéj a mianowie w o b u z a w o j a c h ś r o d k o w y c h (*gyrus central. anter. et poster.)* i w p ł a c i e p r z y ś r o d k o w y m (*lobulus paracentr.*) istnieją o ś r o d k i, których czynność polega na wytwarzaniu w y o b r a ż e ń o r u c h u przez skojarzenie wszystkich wspomnianych czynników. Właściwe ośrodki ruchowe leżą głębiéj a mianowicie pod warstwą korową mózgu (w *corpus striatum*).

Daléj rozbiera prof. B. krytycznie klasyczną pracę M u n k a: „*Ueber die Funktion der Grosshirnrinde*“. Jak wspomnieliśmy uważa B. rozróżnianie „ślepoty duszy“ i „ślepoty korowéj“ za błędne. Przez ślepotę duszy rozumie Munk tę ślepotę, która się u psa pojawia na krótki tylko czas

po wycięciu części płata potylicowego, odpowiadającéj wyraźnemu widzeniu, ślepotą zaś korową nazywa ślepotę trwałą występującą po zniszczeniu całego płatu potylicowego. Mauthner dopiero wykazał, że w tak zwanéj ślepocie duszy uczy się pies powoli rozpoznawać przedmioty bocznemi częściami siatkówki, i że w ten sposób należy sobie tłumaczyć przywrócenie zdolności widzenia, a nie zastępczą czynnością innych części płatu potylicowego, jak to Munk twierdził.

Z licznych doświadczeń Munka wynika, że ośrodek dla wrażeń słuchowych leży w płacie skroniowym, a ośrodki dla wrażeń smaku i węchu mają swą siedzibę prawdopodobnie na podstawie mózgu (w *gyrus rectus* i *gyrus uncinnatus*).

Siedzibą inteligencyi, t. j. zdolności kojarzenia spostrzeżeń, wyobrażeń i pojęć, jest bez wątpienia cała kora mózgowa, a ze względu na fundamentalne zasady psychologii orzec musimy, że kora mózgowa jest również siedzibą uczuć.

Po wyczerpującéj krytyce dzieł Exnera (*Ueber die Localisation der Gehirnfunktionen*) i Nothnagla (*Topische Diagnostik der Gehirnkrankheiten*) kończy autor swą pracę wzmianką, że przyszłe zadanie fizyjologii mózgu polega na wyszukaniu ośrodków pośredniczących między ośrodkami, istniejącemi w korze, a między ośrodkami czysto ruchowemi pod warstwą korową się znajdującemi. Pierwszy tego rodzaju ośrodek odkryli w płacie czołowym Fürstner i Reinhard. Ośrodek ten pośredniczy między wrażeniami wzrokowemi a uczuciem mięśniowém, o ile ono służy nam do ocenienia wzajemnéj odległości przedmiotów, do ocenienia siły i ruchów ręki przy chwytaniu itp. (*Wiener Klinik* maj i czerwiec, 1883, V i VI zesz.) *Dr. Prus.*

Wiadomości pomniejsze.

(J. S) **Uporczywą czkawkę**, którą zaledwie wstrzykiwania morfinu na kilka godzin usunąć zdołały, wyleczył Ruhdorfer jednorazowém **wstrzyknięciem pilokarpinu.** W przypadku tym używano kolejno wszystkich polecanych środków, trwało to już miesiące i w końcu przyszło do tak gwałtownych napadów, że chora ani chwili spokojnie w łóżku leżeć nie mogła, lecz ciągle zmieniając położenie przedstawiała przerażający widok, tętno przyspieszone uderzało 96 razy, było nieregularne, oczy wysadzone, szyja wzdęta. Zaledwie R. wstrzyknął środek ten już dawniéj polecany, ustąpił napad odrazu i nie pojawił się więcéj przez dwa miesiące. Rozczyn wstrzyknięty zawierał 0·03 chlorku pilokarpinu. (*Wiener med. Blaetter* Nr. 38, 1883).

(A. K.) **Leczenie błonicy sinkiem rtęciowym**, zachwalane przez Erichsena, dało Drowi Annuschatowi w 120 przypadkach doskonałe wyniki. Poleca on swym chorym zażywać w dzień i w nocy po małéj łyżeczce rozczynu sinku rtęciowego 0·1—0·4 w 100·0 wody miętowéj. Annuschat stracił 14 dzieci na 120 chorych, leczonych sinkiem rtęci. Jednocześnie doradza on wdychiwania z będźwinianu sodowego. (*Revue mens. des maladies de l'enfance* za m. wrzesień).

(A. K.) **Atropinu** jako **środka hemostatycznego** ze skutkiem używał Dr. List w jednym przypadku krwotoku macicznego; po pierwszém wstrzykiwaniu ($^1/_{200}$ grama) już w kwadrans krwotok ustał, lecz po kilku godzinach powrócił; po powtórném wstrzyknięciu chora zupełnie została z krwotoków wyleczoną. Namienić wypada, że w tym przypadku zastosowanie sporyszu okazało się bezskuteczném. (*Berl. klin. Wochenschrift* 27 sierpnia).

(K. Gr.) **Własność ochronna miedzi.** Badania Dra Burqa co do własności ochronnych w cholerze dawno są znane, — obecnie w ciągu ostatniéj epidemii duru w Paryżu czynił on spostrzeżenia co do wpływu ochronnego miedzi na robotników zajętych w fabrykach przerabiających miedź. Liczba robotników takich wynosi 40.000. Gdyby pomiędzy nimi dur srożył się był z tą samą srogością co pośród reszty ludności, z pomiędzy któréj zmarło 1·3 z tysiąca, byłaby wynosiła liczba zmarłych pośród robotników zatrudnionych po fabrykach przerabiających miedź 50. Zestawienia jednakże wykazują, iż zaledwo 10 zmarło a pomiędzy nimi było 7 takich, którzy mało byli wystawieni na pary miedź zawierające, a w których zdaniem Burqa leży właśnie własność ochronna. Dr. Burq wysnuwa z tego wniosek, że ustrój robotników, wystawionych na wpływ miedzi, zostaje stopniowo napojony miedzią, co nie sprzyja rozwojowi mikrobów chorób zakaźnych. Proponuje zatém celem stwierdzenia tego wniosku, aby badać wpływ soli miedziowych na mikroby hodowane przez Pasteura. (*The Lancet*, 1883, II, Nr. 2).

Przeciw powyższemu zdaniu Dra Burqa wystąpił Bailly na posiedzeniu Akademii Lekarskiéj; na poczynione zarzuty odpowiedział Burq utrzymując, że w fabryce, z któréj Bailly podaje spostrzeżenia, przerabianym bywa metal zwany alfenid, w którym miedź w bardzo małéj tylko znajduje się ilości. Daléj twierdzi Burq, że miejscowość Chambly przerywa potok, do którego spływają wszelkie fabryczne odpływy, że przeto pojawienie się duru i cholerycznéj biegunki zadziwiać nie powinno.

V. Z wystawy higijenicznéj w Berlinie.

Berlin, 30 września 1880.

Odkąd uznano, że wystawy powszechne ogólne przy zbyt wysokich kosztach urządzenia nie odpowiadają celowi, raz ze względu na nader wielką rozmaitość przedmiotów wystawionych utrudniając bardzo oryjentowanie się, powtóre ze względu na niepraktyczność dla ludzi fachowych, którzy tylko z wielkiem utrudnieniem mogli odszukać przedmiotów odnoszących się do swéj specyjalności, poczęto urządzać wystawy już to przemysłowe, obejmujące tylko pojedyncze państwa lub kraje, już to wystawy poświęcone specyjalnym fachom przemysłu. Tak powstały w ostatnich latach wystawy rolnicze, ogrodnicze, sadownicze, elektryczne itp. Dwa lata temu powzięto w Berlinie myśl urządzenia wystawy higijenicznéj. Celem wystawy téj miało być połączenie nauki z przemysłem, zastosowanym do potrzeb umiejętności na polu higijeny. O ile cel ten został dopiętym, zobaczymy późniéj. Myśl ta oryginalna prędko miała doczekać się urzeczywistnienia, bo już w roku 1882 miano otworzyć uroczyście pod protektoratem cesarzowéj Augusty pierwszą tę w swoim rodzaju wystawę. Pożar jednakowoż, powstały z przyczyn nieznanych, zniszczył większą część budynków i przedmiotów wystawy na kilka tygodni przed jéj otwarciem. Mimo to dzięki gorliwości i wytrwałości komitetu urządzającego jakotéż staraniu wystawców i ofiarności towarzystw asekuracyjnych już w ciągu roku odbudowano część wystawy pożarem zniszczoną i w sposób świetny zatarto zupełnie ślady niszczącego żywiołu. Komitet urządzający wystawę składał się z przeszło 280 członków, zamieszkałych częścią w Berlinie, częścią w innych miastach cesarstwa Niemieckiego, częścią zaś Austro-Węgrzech. Na czele komitetu stanęli jako przewodniczący tajny radca Hobrecht, inżynijer Ritschel i Dr. Roth, znany higijenista z Drezna. Komitet stosownie do specyjalności przedmiotów wystawy podzielił się na sekcyje i grupy. Na czele pierwszéj sekcyi stoi Dr. Wolthügel z Berlina.

Sekcyja ta rozpada się na grup sześć. Druga sekcyja z budowniczym Weltrienem na czele dzieli się także na grup 6. Trzecia sekcyja z prof. Gurltem jako przewodniczącym dzieli się na grup 7. Czwarta sekcyja z przewodniczącym inżynijerem Herzbergiem na 5 grup. Piąta sekcyja z przewodniczącym Drem Thielem dzieli się na 5 grup, szósta z przewodniczącym Witte na 5 grup. Ogółem zatém wystawa cała podzielona jest na 34 grup i według tych grup będziemy się starali czytelnikowi skreślić jéj obraz i opisać ważniejsze i więcéj interes wzbudzające okazy.

Plac zajęty pod wystawę, w postaci wielkiego trójkąta, dotyka ze wszech stron już to kolei konnych, już téż to kolei żelaznéj miejscowéj. Tym sposobem komunikacyja wystawy z rozległém miastem jest nader ułatwioną. Gustownie urządzone główne wejście od strony zachodniéj przybrane we wzorzyste gazony i ozdobione wspaniałym wodospadem, prowadzi do głównego budynku. Budynek ten urządzony na wzór głównego budynku wystawy powszechnéj wiedeńskiéj, ozdobiony przy wejściu dużym biustem cesarzowéj Augusty i alegorycznemi gobelinami, mieści w sobie głównie przedmioty poświęcone budowie domów na zasadach higijeny i urządzeniu mieszkań higijenicznemu. Daléj plany i urządzenie pracowni higijenicznych, stacyj dla badania pokarmów i używek pod względem zdrowotnym, stacyj meteorologicznych, wzory i modele szpitali, szkół, więzień, domów roboczych, domów kary, domów dla pozbawionych dachu itp. Znaczny dział tworzą różne wyroby farmaceutyczne i kosmetyczne, daléj przyrządy do gotowania, różnorodne konserwy i przyrządy do ich sporządzania Tuż obok nich cały dział poświęcono sprzętom służącym do ratowania osób, czy to zagrożonych utratą życia wśród dymu domów palacych się, lub téż wśród gazów szkodliwych oddychaniu w kopalniach i kanałach. Obok tego znajdujemy przyrządy elektroterapeutyczne, przyrządy chirurgiczne, przyrządy, służące do oświetlenia elektrycznego, motory elektryczne, daléj sprzęty służące ku wygodzie chorych. W osobnym dziale znajdujemy książki i pisma treści higijenicznéj i ogólnolekarskiéj a w końcu tuż obok piwiarnia i restauracyja· Znać Niemcy bez piwa istnieć nie mogą. Co kilka kroków na całéj przestrzeni wystawy spotykamy przybytki poświęcone czci Gambryna lub téż sztuce gastronomicznéj. To téż wyszynk piwa białego berlińskiego i ciemnego Bawara lub Kulmbachera ma tutaj kolosalny odbyt. Zupełnie niepotrzebnie przyłączono do głównego budynku dużych rozmiarów panoramę Gasteinu. Jakkolwiek ona jest bardzo ładnie urządzoną i może dać doskonałe pojęcie o wspaniałości okolicy, jaką przyroda Gastein wyposażyła, to przecież jest to z jednéj strony reklama dla zdrojowiska, co profanuje cel wystawy, a z drugiéj strony chyba tylko przynętą dla osób, którzy mniéj się interesują przedmiotami wystawy naukowéj, co znów zdaje się przecież ubliżać godności Komitetu urządzającego. W części tłumaczy nam powstanie téj panoramy panujące obecnie w Niemczech epidemija w tym względzie. Istotnie w samym Berlinie istnieje kilka mniejszych lub większych rozmiarów panoram apoteozujących bitwy zwycięzkiego oręża niemieckiego w wojnie francuzko-niemieckiéj. Nawet po małych stosunkowo miastach widzieliśmy obecnie stale panoramy tego rodzaju. Niemcy nie nasycili się jeszcze dostatecznie sławą swego oręża i ciągle sobie przed oczy nasuwają niedawne chwile morderczéj wojny, aby ich przypadkiem nie zapomnieli, prawdopodobniéj jednak, aby podsycać ciągle nienawiść narodową wspomnieniem tylu straconych sił, tylu ofiar wyrwanych z łona rodziny. *Dr. Kopff.* (C. d. n.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Sprawozdanie Departamentu V Wydziału kraj. za rok 1882, (Sprawozd. Dr. Franciszek Hoszard), przedłożone Sejmowi i podajemy z niego ustępy ważniejsze:

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 39)

Zakłady krajowe. Wydatki. Załączony wykaz porównawczy wydatków w trzech zakładach krajowych z r. 1877 i z ostatnich dwóch lat okazuje, że wydatek roczny w tych zakładach zmniejszył się o 97.788 złr., podczas bowiem kiedy w r. 1877 wydatki wynosiły:

w szpitalu lwowskim	199.682 złr.
„ „ św. Łazarza w Krakowie	162.413 „
„ zakładzie Kulparkowskim	190.745 „
Razem	552.840 złr.

spadły w r. 1882:

w szpitalu lwowskim na	173.133 złr.
„ „ św. Łazarza	147.501 „
„ zakładzie dla obłąkanych	134.418 „
Razem	455.052 złr.

Dni leczenia w trzech tych zakładach razem było w r. 1877 486.381, a w 1882 r. 466.405. Żywienie chorych kosztowało na dzień i na chorego w r. 1877: w lwowskim szpitalu 33·56 ct., w krakowskim 39·91 ct., a w kulparkowskim 44·59 ct. w r. zaś 1882: w lwowskim 28·28 ct., w krakowskim 38·37 ct., a w kulparkowskim 34·26 ct.

Ruch chorych. W naszych zakładach krajowych leczyło się w r. 1882 chorych, położnic i obłąkanych razem 15.854 w 566.405 dniach, w szpitalach prowincyjonalnych 15.467 w 365.418 dniach; w szpitalikach dla dzieci 1.472 chorych w 39.607 dniach, we wszystkich więc zakładach publicznych 32.793 chorych a dni leczenia 871.430. W porównaniu więc z r. 1881 mieliśmy chorych więcéj o 131, a dni leczenia mniéj o 20.077; w porównaniu zaś z r. 1880 chorych było mniéj o 416, a dni leczenia mniéj o 124.442.

Krajowy szpital powszechny we Lwowie. Ruch chorych w roku 1882 w porównaniu z rokiem poprzednim przedstawia się w szpitalu lwowskim jak następuje:

	1881		1882
Łóżek było	710	—	710
Chorych leczono	8.205	—	9.003
Dni leczenia	168.959	—	175.344
Przeciętny pobyt chorego wynosił	20·59	—	19·47
Umarło	616	—	680
Procent śmiertelności względnie do ubyłych	8·37	—	7·55
Każde łóżko było obłożone razy	11	—	12

Ilość więc chorych, w porównaniu z r. 1881, wzrosła o 798 a ilość dni leczenia o 6.385, pomimo przestrzegania przepisów co do ograniczenia w przyjmowaniu chorych, w skutek powiększenia się ludności stolicy kraju, coraz większego uznania u szerszéj publiczności, jakie doznaje szpital lwowski. Za to czas średniego pobytu zmniejszył się o 1·12 dni, co świadczy, że chorych zakład nie przetrzymuje nad konieczną potrzebę dla ich uleczenia. Śmiertelność zmniejszyła się o 0·82, a jeżeli odtrącimy 52 przywiezionych w stanie konania, to procent śmiertelności w r. 1882 względnie do ubyłych będzie wynosić tylko 6·97. W szpitalach wiedeńskich przeciętnie śmiertelność wynosi zwykle 11·5. Na obserwacyi w szpitalu znajdowało się 261 chorych na umyśle, syfilitycznych leczono 1.760. Na oddziale chirurgicznym dokonano operacyj większych 248, mniejszych 94, założono opraw gipsowych 63. Na oddziale położniczym dokonano operacyj 133. Do szpitala św. Zofii odesłano dzieci 641, to jest o 207 więcéj, jak w roku poprzednim; dzieci te przebyły 17.955 dni leczenia, to jest o 1.185 dni więcéj jak w r. 1881. Śmiertelność w tym szpitalu wynosiła 27·53. Wysoki Sejm na posiedzeniu dnia 19 października 1881 uchwalił na potrzeby szpitala lwowskiego na r. 1882 kwotę 184.499 złr. Według zamknięć rachunkowych ksiąg szpitalnych, wprawdzie jeszcze nie sprawdzonych przez oddział rachunkowy, wydano tylko 173.133 złr. a zatém o 13.366 złr. mniej aniżeli preliminowano. Dochody spodziewane w kwocie 141.930 złr. wpłynęły w ilości 187.349 złr.

t. j. o 47.845 zlr. więcéj. Wydatki na utrzymanie jednego chorego w ostatnich sześciu latach były następujące:

	Wydatki ogólne wynosiły	chorych było	jeden kosztował
w r. 1877	199.682 zlr.	8.213	24 zlr. 37 ct.
„ 1878	193.777 „	8.737	22 „ 17 „
„ 1879	182.266 „	9.288	19 „ 62 „
„ 1880	177.404 „	9.787	18 „ 12 „
„ 1881	163.465 „	8.205	19 „ 92 „
„ 1882	173.133 „	9.003	19 „ 29 „

Koszt jednego dnia żywienia chorego wynosił:

W r. 1877	33·56 ct.	przy 193,453	dniach żywienia
„ 1878	28·76 „	„ 209.358	„ „
„ 1879	26·40 „	„ 211.258	„ „
„ 1880	27·10 „	„ 197.579	„ „
„ 1881	28·28 „	„ 168.955	„ „
„ 1882	28·69 „	„ 175.344	„ „

Z innych ważniejszych spraw administracyi szpitala lwowskiego podnosimy następujące: dnia 22 grudnia 1882 nadaliśmy posadę prymaryusza na oddziale chirurgicznym, opróżnioną przez śmierć Dra Jana Szeparowicza, Drowi Grzegorzowi Ziembickiemu młodszemu. Wypełniając uchwałę Wysokiego Sejmu z 19 października 1882, polecającą Wydziałowi krajowemu, ażeby po ścisłém zbadaniu projektu pralni mechanicznéj, w razie korzystnego wyniku, na najbliższéj sesyi sejmowéj przedłożył wnioski o kredyt na wybudowanie i urządzenie pralni do wysokości kwoty 24.000 zlr., tudzież ze względu na niekorzyści i większe wydatki, jakie zakład z powodu prania w przedsiębiorstwie ponosi, jesteśmy zmuszeni złożyć na stół Wysokiéj Izby w osobném sprawozdaniu wniosek o dozwolenie wybudowania i urządzenia własnéj pralni kosztem 22.500 zlr.

S z p i t a l św. Ł a z a r z a w K r a k o w i e. Ruch chorych w szpitalu św. Łazarza w r. 1882 zmniejszył się nieco w porównaniu z rokiem poprzednim. I tak:

	w 1881 r.	w 1882 r.
Łóżek było	501	501
Chorych leczono	„ 6.392	„ 6.111
Dni leczenia	„ 160.659	„ 154.689
Przeciętny pobyt chorego	„ 21·8	„ 21·8
Umarło	„ 684	„ 578
Procent śmiertelności względnie do ubyłych	„ 10·7	„ 8·8
Jedno łóżko było obłożone	„ 12 razy	„ 12

Dzieci odesłano do szpitala św. Ludwika 641, przebyły one tam 21.652 dni leczenia. Procent śmiertelności dzieci 21·23%. Ilość leczonych na choroby weneryczne wynosiła 968. Na oddziale obłąkanych leczono 231 w ciągu 26.502 dni, zmarło 18, Na oddziale chirurgicznym dokonano 92 większych operacyj, a w téj liczbie amputacyj 24, resekcyj 7, operacyj nowotworów 5, operacyj przepukliny uwięźniętéj 2 i t. d. Porównanie wydatków ogólnych w sześciu latach ostatnich przedstawia się jak następuje:

		chorych było	jeden chory koszt.
W r. 1877	wyn. 162.413 zlr.	5.294	31·27 zlr.
„ 1878	„ 182.929 „	6.215	29·43 „
„ 1879	„ 157.339 „	5.865	26·82 „
„ 1880	„ 165.092 „	6.230	26.49 „
„ 1881	„ 152.203 „	6.392	23·80 „
„ 1882	„ 147.502 „	6.111	25·12 „

Wydatki r. 1882 według zamknięć ksiąg szpitalnych, niesprawdzonych jeszcze przez oddział rachunkowy, były nieco większe jak w roku poprzednim, a budżet przez Wysoki Sejm na ten rok zatwierdzony, został przekroczony o 4.661 zlr. Przekroczenie to nastąpiło w skutek częstéj a nieprzewidzianéj reparacyi kotłów parowych, w skutek mniéj korzystnego wyniku licytacyi na wszystkie prawie wiktuały, a zatém droższego żywienia chorych; w skutek większych wydatków na koszta sanitarne, które przy teraźniejszych wymaganiach chirurgii są bardzo wysokie; nareszcie w skutek większéj ilości zapomóg dla położnic.

Pod względem żywienia jeden dzień kosztował:

W r. 1877	39·91 ct.	przy 133·821	dniach leczenia
„ 1878	40·75 „	„ 156.842	„ „
„ 1879	33·58 „	„ 153.396	„ „
„ 1880	26·53 „	„ 149.941	„ „
„ 1881	27·67 „	„ 160.959	„ „
„ 1882	28·59 „	„ 154.689	„ „

Za to koszt oświetlenia gazowego wynosił w 1882 roku tylko 2.981 zlr. t. j. o 573 zlr. mniéj, jak przyzwolono w budżecie i prawie o tyleż mniéj w porównaniu z rokiem poprzednim. Koszt opału także się zmniejszył o 849 zlr., a o 2.922 zlr. w porównaniu z r. 1880. Zaległości kosztów leczenia w tym szpitalu są bardzo nieznaczne i nie przenoszą 30.000 zlr. w. a. Kotły parowe z powodu twardéj wody i z niéj pochodzącego wielkiego wapiennego osadu częstéj wymagają naprawy. Urządzenie kondensatora dla uchodzącéj pary i zbiornika na deszczówkę do pewnego stopnia zmniejszy tę niedogodność. Płótna na bieliznę zakład zakupił jak i w roku poprzednim u naszych krajowych tkaczów za sumę 5.222 zlr. Oprócz zwykłych rocznych restauracyj żadnych robót budowlanych w szpitalu tym nie dokonywano. W skutek znacznie wielkiéj ilości chorych na tyfus i inne zakaźne choroby, ilość bielizny pranéj była daleko większa, jak w r. 1881. Koszt jednak prania jednéj sztuki wyniósł tylko 1·61 ct. t. j. trzy razy mniéj, jak w szpitalu lwowskim.

(Dokończenie nastąpi).

S t a t y s t y k a e p i d e m i j. W tygodniu od 16—22 września umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 29,3. Z płonicy 1 (0 z. t.); z błonicy 1 (2 z. t.); z duru brzusznego 1 (1 z. t.); z duru osutkowego 0 (1 z. t.) z czerwonki 1 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku ospy, 9 płonicy, 5 krztuśca, 3 duru brzusznego, 2 gorączki połogowéj. W tygodniu od 9 do 15 września umarło w Londynie z ospy 1, leczyło się w szpitalach 64, świeżo zapadło 9. W Paryżu umarło 5, w Birminghamie i Maładze po 9, w Nowym Orleanie 12, w Pradze 27, w Rio de Janeiro 118, w Madrasie 45. Dur osutkowy pojawia się sporadycznie w Petersburgu, Warszawie, Saragosie, Granadzie, Walencyi i Madrycie. Z cholery umarło od 26 sierpnia do 1 września w Aleksandryi 99, od 2—8 września 39, w Baltimore od 19—25 sierpnia 1, w Kalkucie od 22—28 lipca 3, w Bombayu od 8—14 sierpnia 86. Z febry żółtéj umarło w Rio de Janeiro w pierwszéj połowie sierpnia 20. W Saigonie wygasła cholera od 1 sierpnia. Od 25 sierpnia do 1 września doniesiono o 345 przypadkach chorób zakaźnych: o 32 przypadkach gorączek durzycowych, 51 febry powrotnéj, 5 duru powrotnego, 10 odry, 6 płonicy, 5 ospy, 15 błonicy, 175 czerwonki, 13 róży, 7 krztuśca.

S t a t y s t y k a ś m i e r t e l n o ś c i. W tygodniu od 9—15 września umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 25,6; w Warszawie 34,9; w Poznaniu 38,9; w Wiedniu 22,3; w Budapeszcie 26,7; w Pradze 34,3; w Tryjeście 34,1; w Berlinie 25,8; w Wrocławiu 25,6; w Gdańsku 29,1; w Monachowie 26,0; w Dreźnie 25,2; w Lipsku 22,7; w Bazylei 19,8; w Brukseli 19,7; w Amsterdamie 20,3; w Hadze 20,3; w Paryżu 21,1; w Londynie 16,6; w Kopenhadze 21,0; w Stokholmie 18,3; w Chrystyjanii 11,9; w Petersburgu 26,3; w Odesie 38,6; w Rzymie 29,8; w Wenecyi 22,3; w Bukareszcie 23,6; w Madrycie 32,3; w Lizbonie 29,2, w Aleksandryi 55,2; w Filadelfii 24,4; w Rio de Janeiro 66,1; w Bombayu 36,8; w Madrasie 36,3. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 4 października. Pojutrze odbędzie się nabożeństwo w kościele św. Anny na intencyję rozpoczynającego się roku szkolnego w Uniw. Jagiell. W półroczu zimowém 1883 ogólna liczba słuchaczów uniw. wynosiła 811 (730 krajowców, 81 obcych), w półroczu letniém zaś 759 (689 i 70). Na Wydziale lek. zapisanych było w półroczu zimowém słuchaczów 285 (259 zwyczajnych i 26 nadzwyczajnych), w półroczu zaś letniém 276 (249 i 27). Obecnie zgromadzenie profesorów Wydz. lek. składa się z 10 profesorów zwyczajnych, 5 prof. nadzw., 1 prof. tytularnego, 10 docentów prywatnych i 13 asystentów. Docenci prywatni Drowie Kopernicki i Machek w półroczu zimowém wykładać nie będą.

* **Lwów.** W skutek petycyi wystósowanéj do Sejmu przez prof. M i k u l i c z a o utworzenie dwóch stypendyjów dla uczniów szkoły operacyjnéj w klinice krakowskiéj, Komisyja edukacyjna oświadczyła się za utworzeniem jednego stypendyjum w kwocie 500 zla. Ze względu na brak funduszów Komisyja w części tylko uczyniła zadość prośbie prof. Mikulicza.

* **Wiedeń**. Osieroconém przez śmierć docenta N. Weissa ambulatoryjum elektroterapeutycznem w szpitalu powszechnym kierować będzie zastępczo sekundaryjusz Dr. Maks. Weiss. Nowomianowany prof. Jäger zatrzyma oddział swój dotychczasowy jako klinikę; przeznaczenie oddziału prof. Zeissla dotąd nie jest wiadome. (*W. med. Woch.*)

* **Budapeszt**. Prof. Lister zwiedziwszy Karpaty zawitał do stolicy Węgier, gdzie tak profesorowie jak uczniowie podejmowali go nadzwyczaj serdecznie. Słuchacze medycyny urządzili na cześć jego korowód z pochodniami; Lister wyszedł na balkon hotelu, w którym mieszka, otoczony członkami Wydziału lek. i również serdecznie podziękował młodzieży.

* **Londyn**. D. 15 września w nocy wybuchł pożar w prywatnym zakładzie dla obłąkanych Dra Boyda w Ealing, a ofiarą ognia stali się Dr. Boyd i jego syn, dwóch chorych i kucharka zakładu. (*W. a. med. Ztg.*)

* **Aleksandryja**. „Czas" ogłasza pismo Dra Ardonina, członka Rady sanitarnéj egipskiéj, zwracające uwagę na zasługi Dra Kłodzianowskiego, który nie tylko że przed dwoma już laty wskazał najodpowiedniejsze środki celem zabezpieczenia Egiptu od zawleczenia cholery, ale nadto, gdy rad jego nie wysłuchano, a zaraza srożyć się w kraju poczęła, mianowany dyrektorem jednego ze szpitali cholerycznych odznaczył się przed innymi w niesieniu pomocy chorym, tak zamożnym jak ubogim. Dr, K. urodzony w Galicyi, odbywał studyja w Wiedniu i Paryżu, a w r. 1873 mianowany lekarzem przybocznym Izmaiła baszy, ówczesnego wicekróla, od owego czasu ciągle w Egipcie pozostaje.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga**. Prof. Hasner cofnął swoją rezygnacyję dzięki staraniom ministerstwa oświecenia.—Prof. Tomsa ma przyznaną sobie płacę roczną 4.000 zła. i 600 zła. na mieszkanie, nadto wliczono mu 20 lat służby; uposażenie zakładu fizyjologicznego wynosi 800 zła. rocznie a na urządzenie przeznaczono 5.000 zła. Taką samą kwotę i uposażenie otrzymał prof. Spina dla zakładu swego. — **Wiedeń**. Prof. zoologii Schmarda z powodu słabości podał się do dymisyi. Obok prof. Langera wykładać będzie równorzędnie anatomiję opisową asystent jego Dr. Karol Rabl, który się habilitował jako docent prywatny. Tym sposobem uczyni się zadość potrzebie licznego audytoryjum, składającego się z 500 uczniów. Miejsce Dra Lorenza, asystenta przy klinice chirurg. prof. Alberta, zastępować będzie Dr. baron Horoch, rodak nasz, poświęcający się chirurgii.

* **Nekrologija**. W Preszburgu umarł prymaryjusz i operator Dr. Gotthart w 48 roku życia.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 38: Dobrzyckiego: Wspomnienie pośmiertne o śp. St. Kośmińskim; Mączewskiego: Kilka słów o szczepieniu ospy ochronnéj. (Dok.). W Nrze 39: Sokołowskiego: Rozcięcie tchawicy przy tak zwanych suchotach gardlanych.— W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 38: Fabiana: Wspomnienie pośmiertne o śp. St. Kośmińskim; Nenckiego i Rakowskiego: Kilka słów o t. zw. maśle sztucznem; Pawińskiego: Zwężenie i zatkanie tętnic wieńcowych serca pod względem fizyjolog. anat. patol. i klinicznym. (Dok.). W Nrze 39: Matlakowskiego: Przypadek przepukliny pachwinowo-przedotrzewnowéj; hernijotomija; wyzdrowienie; Perkahla: Dwanaście dni trwające wstrzymanie oddawania moczu.

Redakcyja otrzymała:

Wiestnik kliniczeskoi i sudebnoi psichiatrii i nerwopatologii. Powremenooje izdanie pod redakciei prof. J. P. Mierzejewskago. God I, wypusk I, S. Petersburg 1883 (in 8vo str. 284 z tabl. chromolit.).—(W jednym z najbliższych numerów zdamy sprawę z ważnéj téj publikacyi).

Piśmiennictwo lekarskie. ERLENMEYER A br. Die Morphiumsucht u. ihre Behandlung. gr. 8. Neuwied, Heuser's Verl. M. 2.

EWALD C. A. et E. LÜDECKE. Handbuch d. allg. u. speciellen Arzneiverordnungslehre. 10 Aufl. gr. 8. Berlin, Hirschwald. M. 20.

FREUDENBERGER Jos. Ein Sommersemester in der Klinik d. Hrn Prof. Dr. v. Ziemssen zu München. gr. 8. München, J. A. Finsterlin. M. 4.80.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok**.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 20 października 1883. № 42. Rok XXII.

I. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

O zachowaniu się gazów w żołądku ludzkim i o zastosowaniu tychże w celach rozpoznawczych i leczniczych.

Wykonał i podał **Dr. W. Jaworski**,
docent Uniw. Jagiell.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 41).

D o ś w i a d c z e n i e 4. W p r o w a d z a n i e t l e n u.

Tlen użyty wywiązano z $KClO_3+MnO_2$ przepuszczając go wprzód w celu oczyszczenia go przez opłuczkę z ługiem sodowym a następnie wprowadzając do gazometru, a potém nad wodę przekroploną do flaszki mierniczéj, w któréj po napełnieniu ciśnienie wewnętrzne wyrównano ze zewnętrzném.

A. W celu zbadania treści żołądka przed wprowadzeniem gazu, zdołano wyciągnąć na czczo rano 19sz.cm. cieczy białawéj mętnawéj oddziaływania obojętnego. Rozcieńczono tę ilość w czwórnasób wodą przekroploną, wykłucono i przesączono, poczém znaleziono na 100sz.cm. pierwotnego soku żołądkowego:

Chloru { 100sz.cm. dziesiętnonorm. rozczynu $AgNO_3$ czyli 0.3539gr. Cl.

Pozostałości suchéj: 1·14gm.

Powyższe obliczenia polegają na następujących rozbiorach:

10sz.cm. przesączu dają z trzema kroplami lakmusu zabarwienie fijołkowo-czerwone, które po dodaniu jednéj kropli HCl dziesiętnonormalnego staje się zupełnie czerwone, a po dodaniu téj saméj ilości ługu sodowego niebieskie.

20sz.cm. przesączu w łaźni wodnéj odparowane, potém w łaźni powietrznéj przy 110°C. suszone przez 16 godzin dały pozostałości 0·057, a pozostałość ta zwęglona, wymyta dokładnie na sączku za pomocą 27sz.cm. wody przekroplonéj zużyła na przesącz 5·0sz.cm. dziesiętnonormalnego rozczynu $AgNO_3$.

Aby zbadać działanie treści na białko, nalano 20sz.cm. powyższéj rozcieńczonéj cieczy na 0·9335gr. ugotowanego i rozmiażdżonego białka kurzego, wymięszano i postawiono w łaźni ogrzanéj do 40°C. przez godzin 15. Poczém płyn dopełniono do 50sz.cm. i przesączono, w którym z oznaczenia chemicznego obliczonego na 100sz.cm. pierwotnego soku żołądkowego wynika zawartość:

Chloru { 140sz.cm. dziesiętnonormalnego $AgNO_3$, czyli 0·4956gr. Cl.

Pozostałości suchéj: 4·275gr.

Powyższe oznaczenia wynikają z następującego oznaczenia: 20sz.cm. ostatniego przesączu po trawieniu otrzymanego, w łaźni wodnéj odparowanego a potém przez 5 godzin przy 110°C. suszonego dały 0·0855 pozostałości, a ta zwęglona w tyglu platynowym po wymyciu na sączku 25sz. cm. wody przekroplonéj zużyła 2·81sz.cm. dziesiętnonorm. $AgNO_3$.

Przesącz badany za pomocą $CuSO_4+NaHO$ peptonu nie wykazał, ani przed trawieniem, ani po trawieniu.

B. Zaraz po wyciągnięciu soku *A* i gazu ze żołądka zaczęto wprowadzać o 8 g. 30 m. rano na czczo przez sondę przedtém zaciśniętą tlen tak długo, aż badany zaczął uczuwać bardzo dosadne prężenie w dołku podsercowym; poczém zaciśnięto rurkę kauczukową łączącą sondę z naczyniem mierniczém ściskaczem i sondę ze żołądka wyciągnięto. Ilość wprowadzonego tlenu wynosiła 1293sz.cm. ciśnienie ostateczne, przy którym prężenie wystąpiło 20cm. słupka wodnego, a ciepłota w naczyniu mierniczém 18°C.

O 9 g. 3 m., do którego czasu badany spokojnie siedział i doznał kilka odbijań gazowych obok szmerów jelitowych, włożono znów sondę do żołądka, przyczém spostrzeżono uchodzenie gazu przez sondę ze syczeniem i zdołano wyciągnąć 31sz.cm. cieczy mętnéj, białawéj, mocno śluzowéj wyraźnie alkalicznéj, którą rozcieńczono w czwórnasób wodą przekroploną i przez rozbiór chemiczny przesączu oznaczono na 100sz.cm. pierwotnéj cieczy żołądkowéj:

Alkaliczność: 14sz.cm. dziesiętnonorm. kwasu solnego.

Chloru { 77sz.cm. dziesiętnonorm. rozczynu $AgNO_3$ czyli 0·2722gr. Cl.

Pozostałości suchéj: 0·88gr.

Znaleziono bowiem odparowując 20sz.cm. przesączu, a następnie susząc przez 16 godzin przy 110°C. 0·066gr. pozostałości, która zwęglona i wypłukana 27sz.cm. wody przekroplonéj zużyła 5·78 dziesiętnonorm. $AgNO_3$.

10sz.cm. przesączu zużyło do trwałego zabarwienia czerwonego 0·35 kw. solnego dziesiętnonorm., któreto zabarwienie i po zagotowaniu cieczy już nie znikało.

Dla zbadania działania soku na białko wzięto 20sz.cm. przesączu i nalano na 1·8845 gotowanego białka rozmiażdżonego, wymięszano i postawiono do łaźni przy ciepłocie 40°C. przez 15 godzin; poczém dopełniono mięszaninę do 50sz.cm. wyklucono i przesączono. Rozbiór przesączu wykazał obliczony na 100sz.cm. pierwotnéj cieczy *B*.

Chloru { 112sz.cm. dziesiętnonorm. rozczynu $AgNO_3$ czyli 0.3931gr. Cl.

Pozostałości suchéj: 2·00gr.

Te liczby wynikają z rozbioru przesączu, którego 20 sz.cm. odparowane i suszone przez 16 godzin przy 110°C. dały pozostałość 0·040gr., które zwęglone w tyglu platynowym, 22sz.cm. wody wypłukane na sączku zużyły 2·25sz.cm. dziesiętnonorm. azotanu srebrowego. Badanie cieczy *B* przed i po trawieniu nie wykazalo wcale peptonu, tylko ślad białka w cieczy po trawieniu otrzymanéj.

Porównywając ciecze *A* i *B* ze sobą pokazuje się, że *A* jest więcéj zgęszczona niż ciecz *B*, która nadto działa alkalicznie, daléj że obojętna ciecz *A* więcéj białka rozpuściła niż alkaliczna *B*, lecz żadna z tych cieczy nie peptonizuje, t. j. nie trawi.

C. Dla oznaczenia ilości płynu pozostałego w żołądku wprowadzono przez sondę zaraz po wyciągnięciu cieczy *B* 100sz.cm. rozczynu Na_2SO_4, dla którego na 10sz.cm. otrzymano przez strącenie chlorkiem barowym 0·1749 $BaSO_4$, wymięszano ciecz w żołądku i wyciągnięto z niego kilkadziesiąt sz.cm. cieczy słabo alkalicznéj, nieco śluzowéj, zabarwienia winowożółtego, którą na połowę wodą przekroploną rozcieńczono, wyklucono i przesączono. W 20sz.cm. tego przesączu otrzymano 0·1159 $BaSO_4$. Przedstawiając otrzymane wartości dla $BaSO_4$ z obydwu cieczy obliczone na odsetki:

$$1{\cdot}749 = P \text{ a } 1{\cdot}159 = p_2 \text{ i wstawiając we wzór}$$

$$x = 100\left(\frac{P}{p_2} - 1\right) \text{ otrzyma się}$$

x = 49sz.cm. jako ilość płynu pozostałego w żołądku; zatém całkowita ilość płynu po wprowadzeniu tlenu po upływie 33 min. znaleziona w żołądku wynosi:

31+49=80sz.cm.

coby oznaczało, że ilość cieczy żołądkowéj wytworzonéj działaniem tlenu jest nieco większa niż przy zwyczajnych okolicznościach napotykana (według dośw. 7). Lecz tak nieznaczne powiększenie wynoszące 15sz.cm. (80—65) możnaby także przypisać zadrażnieniu błony śluzowéj przez sondę.

Doświadczenie 5. Wprowadzenie ozonu.

Ozon użyty w tém doświadczeniu otrzymano w ten sposób, że do flaszki mierniczéj, w któréj znajdował się tlen tak jak w poprzedniém doświadczeniu otrzymany i wodą przekroploną zamknięty, przez dwie godziny utrzymywano przeskakiwanie na jeden centymetr dlugich iskier elektrycznych wydobytych za pomocą przyrządu indukcyjnego Rumkorffa. Wewnątrz flaszki znajdujący się papierek ozonometryczny zupełnie zniebieszczał. Z flaszki mierniczéj wprowadzano jak przedtém Oz do żołądka.

A. Nim przystąpiono do wprowadzenia ozonu, zbadano najprzód treść żołądka, wyciągnąwszy na czczo 19sz.cm. płynu żółtawego śluzowego, oddziaływania alkalicznego (większéj ilości wydobyć nie można było). Część otrzymanego płynu rozcieńczono wodą w czwórnasób, wyklucono i przesączono. Z rozbioru przesączu obliczono zawartość pierwotnego soku żołądkowego na 100sz.cm.

Alkaliczność: 32sz.cm. dziesiętnonorm. kw. solnego.

Chloru: { 106sz.cm. dziesiętnonorm. azotanu srebrowego czyli 0·3752gr. Cl.

Pozostałości suchéj: 1·52gr.

Wypadki te wynikają ztąd, że 10sz.cm. przesączu zużyły 0·80sz.cm. HCl dziesiętnonormalnego, oznaczając granice kroplowaniem na papierek lakmusowy, gdyż przesącz był żółty; a 15sz.cm. przesączu odparowane i przez 24 godzin przy 110°C. suszone dały pozostałości 0·057gr., która po zwęgleniu i wypłukaniu za pomocą 40sz.cm. wody przekroplonéj zużyła 4·0sz.cm. dziesiętnonormalnego rozczynu $AgNO_3$.

Działanie soku na białko zbadano w ten sposób, że 5sz.cm. cieczy żołądkowéj niesączonéj zmięszano z 1·534gr. rozmiażdżonego gotowanego białka, dodano jeszcze 5sz.cm. wody przekroplonéj, wymięszano i pozostawiono przez 8 godzin w łaźni przy ciepłocie 40°C., następnie rozcieńczono wodą do 60sz.cm. wyklucono i przesączono i z rozbioru przesączu obliczono na 100sz.cm. cieczy żołądkowéj:

Chloru: { 106·3sz.cm. dziesiętnonorm. $AgNO_3$ czyli 0·3754gr.

Pozostałości suchéj: 5·34gr.

Gdyż 35sz.cm. ostatniego przesączu po odparowaniu i wysuszeniu przez 20 godzin przy 110°C. dały pozostałości 0·156gr., a ta zwęglona i 20sz.cm. wody przekroplonéj wymyta zużyła 3·1sz.cm. dziesiętnonormalnego rozczynu azotanu srebrowego.

Badając zaś sok przed i po trawieniu odczynnikami znaleziono:

	HNO_3	$CuSO_4+NaHO$
Przed traw.:	opalizacyja,	zabarwienie niebieskie
Po trawien.:	„	„ fijołkowe bardzo słabe,

z czego wynika, że sok, który przedtém białka nie zawierał tegoż trochę rozpuścił, lecz tak małą ilość, że powiększenie chloru w cieczy strawionéj jest tylko nieznaczne, z pozostałości suchéj zaś nie można mieć miary o ilości rozpuszczonego białka, gdyż do trawienia użyto nie przesączu, z którego pozostałość oznaczono na 1·52gr., lecz soku niesączonego.

B. Po wyciągnięciu cieczy *A* i gazu ze żołądka, otwierając zaciśniętą sondę zaczęto wprowadzać o 8 g. 30 m. rano Oz przez 4 min. do żołądka, polecając badanemu, aby przy pierwszéj nieprzyjemnéj senzacyi w żołądku dal znak. Pierwsza nieprzyjemna senzacyja jako przykre uczucie przepełnienia żołądka wystąpiła, gdy wprowadzono do żołądka 1083sz.cm. Oz, a ciśnienie wynosiło 15cm. słupka wodnego; ciepłotę odczytano 16°C. Poczém ściskaczem przymknięto sondę i powoli ją z przełyku wyciągnięto. Badany siedział spokojnie do 9 g. 4 min., poczém założono znów sondę i zdolano wyciągnąć 23sz.cm. białawéj, mętnawéj i śluzowéj cie-

czy; do flaszki aspiracyjnéj dano papierek ozonometryczny, aby się przekonać, czy z cieczą aspirowany gaz z żołądka zawiera jeszcze ozon, lecz papierek ozonometryczny, wcale się nie zmienił. Płyn aspirowany rozcieńczono w czwórnasób wodą przekroploną, wykłucono i przesączono. Z rozbioru przesączu obliczono zawartość na 100sz.cm. soku żołądkowego:

Alkaliczność: 10sz.cm. dziesiętnonormalnego HCl.

Chloru: { 104sz.cm. dziesiętnonormalnego $AgNO_3$ czyli 0·3681gr. Cl.

Pozostałości suchéj: 1·68gr.

Gdyż 10sz.cm. przesączu odparowane i przez 24 godzin przy 110°C. suszone wydały 0·042gr. pozostałości, która zwęglona i 25sz.cm. wody przekroplonéj dokładnie wymyta zużyła 2·6sz.cm. dziesiętnonormalnego roztworu srebrowego.

Dla zbadania działania soku na białko nalano 5sz.cm. niesączonego soku na 1·865 gotowanego, rozmiażdżonego białka; poczém dodano jeszcze 5sz.cm. wody przekroplonéj wymięszano i wystawiono na działanie ciepłoty 40°C. przez 8 godzin, poczém dopełniono do 60sz.cm. wykłucono i przesączono. Z rozbioru przesączu znaleziono skład cieczy odniesiony do 100sz.cm. pierwotnego soku żołądkowego:

Chloru: { 114sz.cm. dziesiętnonormalnego $AgNO_3$ czyli 0·4035gr. Cl.

Pozostałości suchéj: 5·16gr.

Znaleziono bowiem po odparowaniu 20sz.cm. przesączu i suszeniu przez 20 godzin przy 110°C. 0·086 pozostałości, a ta po zwęgleniu i wyługowaniu przez 40sz.cm. wody przekroplonéj zużyła 1·9sz.cm. dziesiętnonormalnego $AgNO_3$.

Badając sok przed i po trawieniu okazuje się tylko nieznaczna różnica:

	kw. azotowy,	$CuSO_4+NaHO$
Przed traw.:	opalizacyja,	zabarwienie fijołkowe bardzo słabe
Po trawien.:	zmącenie,	„ fijołkowo-czerw. widocz.

Sok więc pod wpływem Oz. wydzielony rozpuszcza nieco białka i to w formie zbliżonéj do peptonu.

Porównywając sok *A* ze sokiem *B* okazuje się, że przed wprowadzeniem ozonu ilość chlorków jest prawie ta sama co i po wprowadzeniu, lecz alkaliczność soku wydzielonego pod wpływem ozonu stała się o wiele mniejszą. Zachodzi teraz pytanie, czy zmniejszenie alkaliczności należy policzyć na karb pobudzenia gruczołów trawieńcowych do wydzielania kwasu, czy téż należy przypisać utlenieniu istniejących w żołądku ciał organicznych ozonem.

C. W celu oznaczenia ilości pozostałéj treści po wyciągnięciu płynu *B* wprowadzono do żołądka 100sz.cm. roztworu Na_2SO_4 odpowiadającego 0·878 $BaSO_4$. Po wymięszaniu wyciągnięto kilkdziesiąt sz.cm. cieczy mętnawéj, białawéj, która na połowę rozcieńczona i przesączona wykazała 0·3904% $BaSO_4$ dla cieczy aspirowanéj. Podstawiając znalezione wartości $0·878=P$, a $0·3904=p_2$ we wzór:

$x = 100 \left(\frac{P}{p_2} - 1\right)$ otrzyma się $x = 124$sz.cm. pozostałego w żołądku płynu. Ztąd całkowita ilość treści żołądkowéj w 34 min. po wprowadzeniu ozonu w żołądku obecna wynosi: $23+124=147$sz.cm.,

któryto wypadek wskazuje, iż wydzielanie soku żołądkowego zwiększyło się pod wpływem ozonu.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

XI.

Czy płuca noworodka, który oddychał, mogą stać się bezpowietrznemi?

Podał Prof. Dr. **Blumenstok.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 41.)

Orzeczenie Wydziału lek. było następujące:

1) Z zeznań tak obwinionéj jako i świadków wynika niewątpliwie, że dziecko Józefy N. urodziło się żywém i nie tylko żyło ale i oddychało przez godzin około 30.

2) Z drugiéj strony badanie płuc wykazało, że takowe były bezpowietrznemi.

3) Sprzeczność, zachodząca pomiędzy zeznaniami obwinionej i świadkami z jednéj a wynikiem sekcyi z drugiéj strony, stała się rażącą z tego powodu, że pp. obducenci pospiesznie i nie uwzględniając aktów orzekli, że dziecko nie oddychało i urodziło się nieżywém. Jeżeli pp. obducenci nie przeoczyli zapalenia płuc, a względnie 1go jego okresu, to jest przekrwienia, które u noworodków wystarcza do wywołania śmierci, sprzeczności powyższéj Wydział lekarski nie może usunąć w inny sposób, jak zgodnie z orzeczeniem drugich znawców przypuszczając, że mamy przed sobą jeden z tych rzadkich przypadków, w których u dzieci, które żyły i oddychały kilka lub kilkanaście godzin, przy sekcyi znaleziono płuca bezpowietrznemi. Wprawdzie przypadków takich wiarogodnie obserwowanych dotąd mamy zaledwie kilka, wprawdzie dotychczas nie wszyscy zgadzają się jeszcze co do możności ustąpienia wszystkiego powietrza z płuc, które oddychały, ale jak na teraz nie ma także podstawy należytéj do poddania w wątpliwość przypadków przez uznane znakomitości lekarskie sprawdzonych. Do pocztu tych przypadków według obecnego stanowiska nauki zaliczyć można przypadek, o który się tu rozchodzi z powodów:

a) Że dziecko nie było całkiem donoszone;

b) Że według zeznania obwinionéj i świadków dziecko wprawdzie od czasu do czasu krzyczało, ale było sine i oddychało w dość długich odstępach;

c) Że żyło około 30 godzin;

d) Że wcale nie było karmione ani zabezpieczone od zimna;

e) Że więc wszystkie istniały warunki niepomyślne, śród których w przypadkach dotąd znanych uchodziło powietrze z płuc dzieci żywo urodzonych.

4) Gdy życie takiego dziecka jest właściwie tylko konaniem i umieraniem z powolnego duszenia się, jest rzeczą bardzo możebną, że dziecko już nie żyło, gdy matka celem uduszenia go przycisnęła je do piersi swoich, a za tém przemawiałaby bezpowietrzność płuc przez sekcyję stwierdzona. W każdym razie nie ulega wątpliwości, że dziecko byłoby umarło z powodu powolnego uduszenia się, choćby żaden gwałt zewnętrzny nie był na nie zadziałał; a tém bardziéj przypuścić należy, że najmniejsze, nawet bezwiedne uciśnięcie klatki piersiowéj byłoby dostateczném do wywołania jego śmierci.

5) Wprawdzie nie jest także wykluczoną możność, że dziecko żyło jeszcze, gdy matka przycisnęła je do piersi i że przyciśnięcie śmierć jego przyspieszyło, albowiem:

a) Po takiém przyciśnięciu nie pozostają ślady gwałtu.

b) Po śmierci z uduszenia niekoniecznie napotykamy zmiany w płucach a w szczególności rozdęcie ich choćby częściowe.

c) Małe ilości powietrza nawet przy sekcyi dokładnie uskutecznionéj przeoczyć można; —

ale téż w danym przypadku niepodobna dostarczyć dowodu, że dziecko jeszcze żyło, gdy matka powzięła zamiar zgładzenia go.

6) Uwzględniając okoliczność, że obwiniona po porodzie nie była znacznie osłabioną, że tego i następnego dnia odbyła drogi dalekie, że działała z całą świadomością położenia swego i że od czasu porodu aż do śmierci dziecięcia upłynęło około 30 godzin, niepodobna przypuścić, jakoby znajdowała się w takich warunkach, w jakich kobieta znajduje się wśród porodu lub bezpośrednio po porodzie (§. 139 k. k.) [1])

7) Z uwagi atoli na niezwykłe przytłumienie umysłowe kobiety, która od chwili porodu pozbawioną była wszelkich środków utrzymania siebie i dziecięcia, przyznać koniecznie należy, że Józefa N. w czasie śmierci dziecięcia, jakkolwiek nie była pozbawioną rozumu (§. 2 k. k.), jednak pozostawała pod wpływem silnego wzruszenia przygnębiającego, w wysokim stopniu na uwzględnienie zasługującego.

W rozprawie Dra Ungara w Bonnie, która co tylko nas doszła, a do któréj późniéj jeszcze powrócimy, znajdujemy następujący ustęp, który w dosłownêm podajemy tłumaczeniu: „Przypuśćmy, że przy sekcyi ciała dziecięcego, jeszcze świeżego, na polu znalezionego, powiedzmy ciała noworodka, pochodzącego z 9go miesiąca ciąży, próba płucna wypadła ujemnie, podczas gdy w żołądku i w górnych pętlach jelitowych znaleziono nieco powietrza, i że lekarz wedle obecnego postępowania orzekł tymczasowo, że noworodek nie oddychał. Z aktów śledztwa, dostarczonych lekarzowi celem wydania orzeczenia uzasadnionego, niechaj się jednak okaże, że przez zeznania świadków wiarogodnych krzyk wyraźny i silny dziecięcia sprawdzono i że w skutek tych zeznań matka przyznała, że porzuciła to dziecko, które krzykiem i ruchem składało dowody życia swego. Lekarz sądowy tym sposobem przez owo nieuzasadnione a więc nieusprawiedliwione orzeczenie stanie w sprzeczności z zeznaniami świadków i przyznaniem się matki; fakt bowiem, że dziecko silnie krzyczało, nie daje się pogodzić z przypuszczeniem, że płuca nie oddychały. Możności, że oddychanie powietrzem miało miejsce i że płuca stały się znów bezpowietrznemi, zataić sobie nie może. Wszakże przypuszczenie, że rzecz się tak ma, zyskało poparcie przez wynik próby żołądkowo-jelitowéj i z uwagi, że bliższe okoliczności przypadku, a mianowicie brak dojrzałości i prawdopodobne powolne obumieranie dziecięcia, przyczynić się musiały do wydalenia z płuc powietrza. Lekarz zatém zdecydować się musi do zmienienia zdania swego, wypowiedzianego w orzeczeniu tymczasowém, jako oddychanie powietrzem miejsca nie miało.“ —

Nie mogliśmy się powstrzymać od przytoczenia tego ustępu, bo to co autor tu teoretycznie przypuszcza, sprawdziło się prawie w zupełności w przypadku, z którego powyżéj zdaliśmy sprawę. Nie mamy podstawy do podniesienia zarzutu przeciw pp. obducentom, jakoby sekcyję wykonali niedokładnie; dziwnym sposobem atoli, pomimo że obwinioną mieli przed sobą, bo ją badali tego samego dnia, w którym odbyli sekcyję jéj dziecięcia, albo wcale nie pytali jéj się o szczegóły porodu i dalsze koleje noworodka, albo polegając na wyniku sekcyi nie przywiązali wagi do jéj zeznania. Przypuszczenie pierwsze zdaje nam się być prawdopodobniejsze, ponieważ w protokóle sądowolekarskim spisanym z powodu badania obwinionéj nie znajdujemy wzmianki o wywiadach przez znawców poczynionych; jednak w obydwu razach zbłądzili obducenci, o ile w sprawie tak ważnéj orzekli stanowczo nie uwzględniwszy wywiadów a przeto popadli w sprzeczność, któréj usunięcie poruczyć musiano dwom innym znawcom a następnie Wydziałowi lek.

Jeżeli więc przypadek powyższy z jednéj strony służyć powinien znawcom za przestrogę, aby orzeczenia swoje wydawali dopiero po uwzględnieniu wszystkich okoliczności, to z drugiéj jest on bardzo cennym nabytkiem dla kwestyi naukowéj, co do któréj akta jeszcze nie są zamknięte, a mianowicie dla kwestyi, czy powietrze uchodzić może w zupełności z płuc, które oddychały, a tém samém czy zupełna niedodma płuc dowodzi, jak dotąd przypuszczano, że płuca nie oddychały?

Kwestyja ta ma już swoją historyję, o któréj już kilkakrotnie w Przegl. Lek. mimochodem wspominaliśmy. W niéj odróżnić możemy dwa okresy. Pierwszy obejmuje zarzuty czynione próbie płucnéj pzez Zellera, Bohna, Mauchharta, Heistera, Lodera, Schmitta, Osiandra i innych na podstawie poszczególnych przypadków przez siebie spostrzeganych, a które miały przemawiać za tém, że powietrze uchodzić może z płuc, które oddychały. Spostrzeżeniom tym zarzucono niedokładność, pomimo że pomiędzy autorami znajdowali się pisarze tak dobréj sławy, jak Orfila i Taylor i dlatego okres ten przeszedł niespostrzeżony. Prace Thomasa i Schrödera zagaiły okres drugi. Thomas, lekarz holenderski, spostrzegał w r. 1864 w zakładzie położniczym w Leydzie przypadek niedodmy zupełnéj płuc u dziecka w 34 tygodniu ciąży zrodzonego, a które żyło i oddychało przez godzin 17; przypadek ten opisał w czasopiśmie holenderskim (*Nederl. Tydschr. v. Geneeskunde*), z którego wiadomość przeszła do pism niemieckich (*Schmidts Jahrb.* tom 126); wykazał on, że w przypadku podobnym,

---

[1]) Sądowi rozchodziło się o to, czy w danym przypadku przypuścić dzieciobójstwo lub proste morderstwo. Ponieważ przez dzieciobójstwo prawodawca nasz rozumie morderstwo popełnione przez matkę na swojém dziecięciu podczas porodu (*bei der Geburt*), w danym przypadku atoli od porodu aż do śmierci dziecięcia upłynęło godzin 30, więc zachodziła wątpliwość, czy w razie uznania Józefy N. winną, ukarać ją jako dzieciobójczynię lub morderczynię. Ponieważ następnie okres czasu, przez jaki kobieta ma uchodzić za rodzącą, przez prawodawcę nie został oznaczony, bo ściśle nawet oznaczyć się nie daje, więc Sąd usunięcia téj wątpliwości żądał od Wydziału lek. Nie ulega wątpliwości, że Józefa N. w chwili śmierci dziecka była położnicą, ale niepodobna było uznać ją za rodzącą, gdy akt porodu nie tylko w zupełności był ukończony, ale nadto sama obwiniona dziecko swoje ukąpała i z niém przez 1½ dnia chodziła po świecie. Pojęcia „noworodka“ ustawa karna właściwie nie zna, a jest to tylko przymiot przeniesiony na dziecko i wysnuty z pojęcia „kobiety znajdującéj się podczas porodu;“ o tyle więc tylko może być mowa o dzieciobójstwie, jako morderstwie popełnioném na noworodku. Jeżeli zaś granice pojęcia noworodka w praktyce są elastyczniejsze, jeżeli np. czasem i dziecko, które, jak późniéj się okazuje, mogło żyć parę dni, uznajemy za nowonarodzone, pochodzi to ztąd, że na dziecięciu samém nie znajdujemy cech pewnych, któreby nam wyjaśnić mogły, czy ono żyło tylko chwil kilka lub nawet kilkanaście godzin po za łonem macierzyńskiém; inaczéj ma się rzecz, jeżeli, jak w danym przypadku, czas ten matematycznie oznaczyć możemy.

gdyby był sądowym, lekarz byłby orzekł, że dziecko nie oddychało, a więc i nie żyło, i dowodził, że uchodzenie powietrza tłumaczyć można przypuszczając, że czynność wdechowa powoli słabnie, że przez wydech nieco więcéj powietrza się wydala aniżeli dostaje się do płuc skutkiem słabego wdechu, przez co płuca zwolna pozbywają się powietrza. W parę lat późniéj prof. Schröder (obecnie w Berlinie) potwierdził w zupełności spostrzeżenie i tłumaczenie Thomasa, ogłosiwszy i swoje własne obserwacyje. Odtąd kwestyja ta stanęła na porządku dziennym i wywołała żywe rozprawy. Pierwszym był prof. Maschka, który (w *Prager Viertelj.* 1867) wystąpił z twierdzeniem, że przypuszczenie i tłumaczenie Thomasa sprzeciwiają się wszystkim dotychczasowym doświadczeniom; zapatrywanie Maschki podzielają w zupełności lub przynajmniéj przeważnie Devergie, Erman, Liman, podczas gdy Krahmer, Hecker, Hofmann piszą się na zdanie Thomasa i Schrödera, Skrzeczka zaś (w dziele Maschki I, str. 887) przypuszcza wprawdzie możność ujścia powietrza, ale nie wdaje się wcale w tłumaczenie tego ważnego zjawiska. (Dok. n.)

III. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od r. 1879 do 1882.

Podał Dr. Emanuel Rosenblatt.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 38).

1) Porażenie mięśni podudzia prawego po ospie.

Dyjoniza Hirschbergówna, 7 lat licząca, dość dobrze odżywiona, bez zboczeń w odżywieniu przyjęta do szpitala 1 października 1879. Przed 3ma laty przebyła ospę. Po ukończeniu choroby spostrzeżono niedowład odnogi dolnéj prawéj. Obecnie przedstawia się podudzie prawe wychudłe, stopa w ustawieniu kopytonogi *(pes equinus)*, grzbiet stopy znajduje się prawie w równéj powierzchni co i strona wyprostna podudzia, wklęsłość podeszwowa bardzo znaczna. Kurczliwość elektromięśniowa tak na łydce jak i na stronie wyprężaczy upośledzona, po stronie wyprężaczy jednak w bezporównaniu znaczniejszym stopniu; głównie porażonemi są mięśnie: *Tibialis anticus, extensor digitorum communis* i *peronaei*. Mięśnie łydki w dotknięciu twarde, ścięgno Achila mocno skrócone, napięte. Na skórze podudzia zmian nie ma, czucie po stronie wyprostnéj w porównaniu z odnogą lewą dość znacznie upośledzone, odruchy ścięgniste na kolanie i stopie niewyraźne. Chód możliwy, lecz następuje tylko na końce palców, brzegiem zewnętrznym stopy wcale ziemi nie dotyka, odnogę chorą trzyma sztywnie, nie podnosi jéj, tylko posuwa.—Mimo wykonania tenotomii, następowego ustalenia stopy, faradyzowania, mięsienia i nacierań wyszła po 2ch miesiącach nieuleczona.

Rozpoznanie w przypadku tym wahało się tylko pomiędzy porażeniem czynnościowém a porażeniem t. zw. esencyjonalném, za przypuszczeniem jednak porażenia czynnościowego przemawiały następujące względy: 1) porażenie rozwijało się powoli w następstwie ospy, podczas gdy w porażeniu esencyjalném pojawia się zazwyczaj nagle wśród objawów gwałtownych gorączki, majaczeń i często drgawek, którychto objawów całkiem nie było; 2) pierwotnie wystąpił tylko niedowład odnogi lekkiego stopnia, który późniéj zamienił się w porażenie zupełne, zajętemi były tak mięśnie zginacze jak i wyprężacze—podczas gdy porażenia esencyjalne cechują się właśnie tém, że nie są postępującemi, i że w początku nawet objawia się porażenie na znaczniejszéj przestrzeni, a późniéj ustępując w części, ogranicza się tylko zazwyczaj do jednego członka albo nawet często tylko do jednéj grupy mięśni; 3) stopa w ustawieniu kopytonogi, podczas gdy w porażeniu esencyjalném najczęściéj występuje ustawienie *pes equinovarus* w skutek zajęcia przeważnie tylko nerwu *peronaeus*; 4) w porażeniach esencyjalnych zazwyczaj nie ma upośledzenia czucia, co w naszym przypadku miało miejsce; 5) mimo 3-letniego już trwania porażenia nie zauważono upośledzenia rozwoju kości. Ściśle jednak rozróżnienie byłoby tylko możebne na podstawie sekcyi, w miarę tego czy znajdzie się w rdzeniu zmiany odpowiadające *poliomyelitis anterior* lub nie, dla tego téż niektórzy autorowie jak np. West, Damaschino, Seeligmüller nie robią różnicy pomiędzy porażeniami czynnościowemi po chorobach zakaźnych—z wyjątkiem pobłonicowego—a porażeniami esencyjalnemi.

2) Porażenie podniebienia i odnóg dolnych po błonicy.

Wiktoryja Kamińska, dziewczyna 3-letnia, dobrze odżywiona, bez zboczeń w odżywieniu, przyjęta 2 sierpnia 1881. Przed 4ma tygodniami cierpiała na ból gardła, dławienie, obrzęk gruczołów podszczękowych, utrudnienie połykania i gorączkę, przed 2ma tygodniami zauważono, że mowa jéj jest niewyraźną i że przy połykaniu często płyn nosem wraca, przed tygodniem wystąpiło osłabienie odnóg dolnych, chora nie mogła ani stać sama ani chodzić. Kościec prawidłowy, skóra sucha, obrzęk surowiczy ograniczający się tylko do grzbietu ręki lewéj i dolnéj części przedramienia, bez wszelkiéj przyczyny miejscowéj. Nieżyt oskrzeli miernego stopnia, serce zdrowe, trzewa brzuszne prawidłowe. Ustawienie gałek ocznych i ruchy prawidłowe, o porażeniach akomodacyi dla młodego wieku pacyjentki żadnego zdania powziąć nie można. Język szeroki, płaski, trzęsący się, migdały okazują wręby i nierówności, języczek obwisły. Mowa niewyraźna *(dysarthria)*, akt połykania odbywa się powoli. Przy ruchach celowych odnóg górnych drżenie dość znaczne. Ruchy odnóg dolnych bierne całkiem wolne, czynne zaś tylko w miernym stopniu możliwe, zginanie odnóg, u leżącéj, łatwiejsze niż podnoszenie; postawiona na ziemię rozkracza chora nogi, chwieje się i przewraca prawie zaraz, prowadzona powłóczy tylko nogami bez ładu. Mięśnie dość jędrne, czucie i kurczliwość elektromięśniowa prawidłowe. 21/8 występuje i otok uszny a 9 października chora opuszcza szpital zupełnie wyleczona; leczenie polegało na nacieraniu odnóg i faradyzowaniu przy odpowiedniém odżywianiu i wpływaniu na stan ogólny przez podawanie odwaru kory chinowéj i jabłkanu żelaza. Rozpoznanie na podstawie wywiadów, prawidłowego czucia i kurczliwości elektromięśniowéj, szybkiego i pomyślnego biegu a wreszcie i lokalizacyi porażenia było łatwém.

3) Porażenie mięśni wyprostnych odnogi górnéj prawéj śród przebiegu krztuśca.

Maryja Brożkówna, dziewczyna 10-letnia, dość dobrze odżywiona, bez zboczeń w odżywieniu, przyjęta 4 stycznia 1880. Wśród przebiegu krztuśca miało powstać nagle porażenie odnogi górnéj prawéj. — Badanie wykazuje stałe rozszerzenie źrenicy prawéj bez innych porażeń nerwów twarzowych i bez zmian w ośrodkach łamiących oka, wychudnienie odnogi górnéj prawéj przykurczonéj w stawie bar-

kowym i łokciowym, chłodniejszéj w dotyku od odnogi lewéj, wiotkiéj po stronie wyprężaczy i pokrytéj dłuższemi włoskami Ruchy czynne odnogą tą znacznie upośledzone, nie może bowiem być podniesioną, ani odprowadzoną nieco więcéj od kadłuba, ani wyprostowaną w stawie łokciowym i garstkowym. Palców również zupełnie wyprostować nie może, natomiast zginanie odnogi odbywa się należycie a palcami chwyta chora przedmioty dobrze. Stawy wszystkie wolne, ruchy bierne jednak nie dają się tak dobrze wykonać, jak na odnodze zdrowéj. Kurczliwość elektromięśniowa po stronie wyprężaczy a mianowicie nad mm. *deltoideus*, *triceps*, *extensor digitor. communis longus* i *supinator*, bardzo mała, zajętemi zatém są nerwy: *axillaris* i *radialis*. Czucie i lokalizacyja czucia znacznie upośledzone. Przyrządy wewnętrzne zdrowe. Badanie wziernikiem ocznym wykazało zaczerwienienie tarczy i rozszerzenie naczyń. — Po $2\frac{1}{2}$ miesiącach wyszła z bardzo małém tylko polepszeniem.

Rozpoznanie w tym przypadku w obec porażenia zdziergacza tęczówki i zmian na tarczy nerwu wzrokowego jest trudném, tém trudniejsze, ile że wywiady bardzo są skąpe i nie wiadomo, czy zmiany te wystąpiły równocześnie z porażeniem odnogi, czy też je poprzedzały i czy nie towarzyszyły im inne jakie objawy zajęcia opon mózgowych lub mózgu. Jeżeli przypuścimy równoczesność powstania porażeń tęczówki i mięśni odnogi, to przedewszystkiém zapytać się musimy, czy porażenia te odnieść należy do jednéj i téj saméj przyczyny lub nie, czy porażenie odnogi zatém jest pochodzenia mózgowego czy też nie. Za pochodzeniem centralném mózgowém przemawia okoliczność, że porażenie powstało nagle śród krztuśca, że zajętą jest gałązka nerwu okoruchowego, że są objawy ucisku nerwu wzrokowego, że porażenie wystąpiło w postaci monoplegii z następową kontrakturą, że zmianom w dziedzinie ruchowéj towarzyszą i zmiany czucia po téjże saméj stronie. Gdybyśmy przypuścili umiejscowienie przyczyny w mózgu, to takową w obec nagle powstałego porażenia odnogi wśród krztuśca byłoby najprawdopodobniéj wynaczynienie, a znajdowaćby się ono musiało, w obec porażenia zdziergacza źrenicy téjże saméj strony co i porażenie odnogi, w części przedniéj prawéj połowy mostka Varola. Tymczasem wiadomo, że przy zajęciu mostka występuje po największéj części porażenie połowicze, a jeżeli porażenie ogranicza się tylko do jednéj odnogi, to jest nią odnoga dolna; daléj wiadomo, że zajęcie mostka cechuje się przedewszystkiém zaburzeniami w czynności nerwu podjęzykowego, których w przypadku naszym nie zauważyliśmy, i że pojawiają się bardzo często i zaburzenia w czynnościach nerwów troistego, twarzowego i słuchowego. Przeciw umiejscowieniu przyczyny w mózgu przemawia daléj i ta okoliczność, że wynaczynienie przebiega zazwyczaj, zwłaszcza u dzieci, śród tak groźnych przypadów, że trudném jest, ażeby one uszły uwadze a następnie pamięci otaczających, a wreszcie, że w członkach porażonych skutkiem wynaczynień w mózgu nie tak prędko przychodzi do takiego uwiądu mięśni, jaki w przypadku naszym odnoga przedstawiała. Z powodów tych prawdopodobniejszém jest, że porażenie odnogi nie było równoczesném ze zmianami na oku i że przyczyny porażenia tego nie należy szukać w wynaczynieniu w ośrodkach mózgowych. Pozostaje nam teraz tylko do rozróżnienia, czy mamy do czynienia z porażeniem esencyjalnemu czy téż czynnościowém. Przeciw porażeniu esencyjalnemu przemawia prócz względów omówionych w przypadku 1ym a mających i tu swe zastosowanie, i rzadkość cierpienia tegoż na odnodze górnéj, a daléj powstanie przykurczeń, które w obec braku warunków mechanicznych dla ich powstania, na odnodze górnéj tylko bardzo rzadko się przydarzają. Pozostaje zatém w obec niewiadoméj przyczyny porażenia tylko przypuszczenie porażenia czynnościowego skutkiem krztuśca, chociaż powikłania takie są dość rzadkie.

4. Porażenie gałązek nerwu okoruchowego śród krztuśca.

Józefa Kulmina, dziewczyna 2-letnia, źle odżywiona, ze zboczeniem w odżywieniu gruźliczém, przyjęta 23 marca 1881 z objawami nacieku szczytów płuc i nieżytem przewlekłym jelit. Wśród przebiegu krztuśca nabytego w samymże szpitalu powstał nagle opad powieki prawéj, rozszerzenie źrenicy prawéj i zez rozbieżny; przy skierowaniu oczu ku stronie lewéj nie wykonywała gałka oczna prawa tego ruchu, lecz pozostawała na zewnątrz, podczas gdy skierowanie obu ócz ku stronie prawéj odbywało się symetrycznie. Porażone zatém były mięśnie: *levator palpebrae superioris*, *sphincter pupillae* i *rectus internus*, zaopatrywane, jak wiadomo, przez gałązki nerwu okoruchowego. Ponieważ nie było objawów zajęcia jeszcze i innych nerwów czaszkowych, a porażeniu nie towarzyszyły żadne przypady zajęcia ośrodków, uważać należy porażenie to za obwodowe. Po przebyciu krztuśca chora opuściła szpital 15 maja 1881, porażenie atoli jeszcze się utrzymywało. (C. d. n.)

IV. Kazuistyka lekarska w Turcyi.

Zebrał Dr. W. Jabłonowski.

VI. Praktyka sądowolekarska.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 40).

Pierwszym z takich przykładów jest tragiczne, pełne zgrozy i tajemniczości usunięcie z tronu Otomanów znanego ze swéj prawości i fanatycznych popędów sułtana Abdul-Aziza. Śmierć jego, jakkolwiek wytłumaczona późniejszym procesem, nie zmniejszyła jednak niepewności w prawdziwém wytłumaczeniu charakteru scen, jakie jéj towarzyszyły. To tylko pewna, że w długim szeregu morderstw popełnionych na dworze sułtanów otomańskich morderstwo czy samobójstwo Abdul-Aziza jest pierwszym i jedynym przykładem, w którym dla stwierdzenia zgonu i wydania zdania co do jakości i znaczenia zranień W. marszałek pałacu uznał za stósowne odwołać się do opinii licznego grona lekarzy. Gdy bowiem zdrętwiała ręka potężnego Padyszacha, umiejąca zarówno dobrze pieścić klasyczne odaliski, jak i okładać jaśminowym cybuchem grzbiety dygnitarzy państwa, gdy setne wystrzały z dział zwiastowały zdumionéj stolicy inną erę rządową zidealizowaną w osobie młodego władzcy, w jednym z pobocznych pawilonów należących do pałacu zwanego „Czaraganem“ zebranych kilkudziesięciu lekarzy czekało na przybycie pierwszego szambelana. Widocznie, że ważna jakaś przeszkoda powstrzymywała tego ostatniego, gdy od wczesnego rana czekające grono niespodzianie wezwanych zwolenników Eskulapa miało dość czasu do robienia najrozmaitszych przypuszczeń co do misyi, jaką ma tu spełnić. W ogólnéj liczbie lekarzy, przeważnie miejscowych figurowało dwóch cudzoziemców: Dikson, powołany z ambasady angielskiéj, i Markel, rodak nasz z Galicyi, który praktykując w Beszyktaszu (miasteczku położoném w pobliżu pałacu) widział się porwany prądem urzędników, spieszących zebrać jak największą liczbę fachowych sprawozdawców. Całe więc

grono lekarzy-krajowców z największém natężeniem słuchu śledząc za każdym ruchem w pobocznych apartamentach pozostawało w stanie wielkiego zniecierpliwienia, nad którém nie mogła zapanować nawet przyrodzona im apatyja. Jeden tylko Dikson umiał zachować swą powagę, i jak prawdziwy gentleman starał się zawiązać rozmowę z tym lub z owym z bardziéj ugalonowanych kolegów. Większą dozą skromności obdarzony Markel nie opuszczał wygodnego fotelu i tylko z jasnego i przenikliwego jego oka, z bruzd zarysowujących wysokie czoło, można było wnosić o wewnętrznéj walce, jaką z sobą samym toczył. Wreszcie niecierpliwość czekających została zaspokojoną. Oznajmiono im bowiem przybycie szambelana. Ten ostatni nie uważał jednak za konieczne wejść do salonu, gdzie byli zebrani lekarze, a tylko pozostając w pobocznym pokoju, rozpoczął swą misyję, wzywając do siebie pojedynczo każdego z lekarzy. Po krótkiéj rozmowie informującéj o celu wezwania do pałacu i sposobie wywiązania się z zadania, po otrzymaniu 50 lir (540 zła.) lekarz nie powracał już do salonu, który przed chwilą opuścił, a tylko uwiadomiony i z góry honorowany przechodził do obszernéj sali, gdzie był obowiązany czekać na koniec szambelańskiéj audyjencyi. — Myślą bowiem pałacowych dygnitarzy było jak można najdłuższe zatrzymanie lekarzy. Z tego więc powodu i oryginalna ta audyjencyja trwała bardzo długo, albowiem dopiero po dwóch godzinach wezwano lekarzy do spełnienia misyi. Wkrótce też uniosła się ciężka bogata kotara pobocznych drzwi i po za nią ukazało się kilku dygnitarzy. Stojący zaś na ich czele szambelan Fahry-bey wezwał całe grono lekarzy do wejścia, przypominając, że wyczekuje od nich zdania jednomyślnego, a nawet s u m i e n n e g o. Pominąwszy grupę dygnitarską, wezwani lekarze znaleźli przed sobą widok bardzo pospolity. Na niskiéj sofie, okryte jedwabném białém prześcieradłem, leżały zwłoki ludzkie, tak jednak ściśle owinięte w długą powłokę, że gdyby nie lewa górna odnoga odkryta, nie podobnaby było zadecydować o płci trupa. Wezwani lekarze byli powołani do pałacu dla wydania opinii o rodzaju śmierci pokazanego im mężczyzny. Jednakże nie tylko że im nie pozwolono szczegółowych, choćby tylko powierzchownych, oględzin zwłok, ale co ciekawsza, że proste ich odkrycie zostało z góry i stanowczo zabronioném. Tylko przewodniczący temu oryginalnemu zebraniu szambelan wskazał górną lewą odnogę, którą można było opatrzyć nie dotykając jéj jednak. Grono przytomnych miejscowych powag lekarskich, naprzód już uprzedzone, że znajdzie się w obec zwłok sułtana samobójcy, nie uważało nawet za konieczne przypatrzenie się choćby jedynéj części ustroju, pozostawionéj dostępną dla ich oka. Utworzywszy więc poważną grupę z uszanowaniem i widoczném zdumieniem spoglądali tylko na siebie pozwoliwszy Drom Diksonowi i Marklowi zająć się oględzinami odnogi. Wynikiem tychto oględzin był następujący rezultat: Odnoga górna lewa, sądząc po jéj długości i rozwoju układu mięśniowego, należy do silnego mężczyzny. Pozycyja jéj jest na pół zgiętą, tak jednak, że rana znajdująca się o dwa centymetry po nad zgięciem łokciowém daje się z łatwością spostrzedz. Dłoń ściśnięta, cztery palce są zwrócone ku jéj wnętrzu, paluch wyprostowany. Stężenie trupie odnogi niezupełne. Powłoki skórne koloru lekko brunatnego, posiadają podściółkę tłuszczową bardzo obfitą. Od napięstka aż do łokcia pokrywa ją lekki meszek miękki i delikatny, który stając się obfitszym po stronie wewnętrznéj ramienia pokrywa całą jego okolicę. Na dwa centymetry powyżéj zgięcia łokciowego znajduje się rana cięta, niegłęboka, mająca kierunek poprzeczny, i sądząc po szczególnie równéj powierzchni jéj brzegów, zadana bardzo ostrym, prawdopodobnie płaskim lecz niespiczastém narzędziem. W chwili oględzin na dnie rany dawała się spostrzedz warstwa tkanki tłuszczowéj stężałéj i nienaruszonéj. Brzegi zaś rany pokrywała już powłoka limfy plastycznéj. Z rany nie wydobywała się żadna wydzielina. Krew była obmytą i śladów jéj nigdzie nie podobna było dostrzedz. Pozwala to przypuścić, że zwłoki były już opatrzone przed przybyciem lekarzy i że do salonu gdzie zostały poddane oględzinom, były przeniesione z innéj części pałacu. W górnéj $\frac{1}{4}$ części ramienia, po jego stronie zewnętrznéj i nieco pod fałdami okrycia można było spostrzedz lekkie wgłębienie zaznaczone sinawą pręgą, któréj powstanie wypadało przypisać zastojowi krwi lub téż mechanicznemu uciskowi. Po tych zbyt powierzchownych oględzinach, gdy dwaj medycy zwrócili się ku gronu swych kolegów, spotkali się najprzód z badawczém okiem szambelana, który pospieszył dodać, że rana, którą tak się interesowali, była zadana bardzo ostremi nożyczkami, zwykle używanemi przy hafcie. Témto narzędziem sułtan w napadzie gniewu i nerwowego rozdrażnienia przeciął sobie żyły i tętnicę, z których tryskającą krew nie będąc w stanie czy niechcąc zatamować, w skutek jéj upływu zakończył życie.

Zapewnienie tego rodzaju, jakkolwiek podane przez człowieka niefachowego, było jednak wyborném! Wątpliwość była jednak wzbronioną charakterem saméj okoliczności. I wtedy gdy p. Markel z całą energiją przedstawiał konieczność ścisłego naukowego zbadania zwłok, lekarz ambasady angielskiéj, nie wypowiadając swéj myśli, przyłączył się do zdania większości, która też w szybko zredagowanym krótkim protokóle zadecydowała o samobójstwie, w skutek cięcia nożyczkami, zadanego w okolicę bardzo bogatą w wielkie naczynia krwionośne. Protokół taki z wyjątkiem Markla podpisali wszyscy wezwani lekarze. Było to aż nadto wystarczające do chwilowego zaspokojenia opinii publicznéj, i do natychmiastowego złożenia zwłok samobójcy-sułtana w mauzoleum jego rodziny. Lecz czy lekarze zgadzając się na sporządzenie takiego aktu odpowiedzieli godności nauki; czy nie ubliżyli własnemu honorowi? To któż tam o to pytał! Oględziny zwłok odbyły się w tajemnicy pałacowéj. Ogół wkrótce zajęty uroczystością opasania nowego rządcy szablą jego antenata, w wesołém upojeniu wykrzykiwał sobie tureckie „czok-jasza“ (niech żyje); a brak odpowiedzialności, choćby już tylko przed ołtarzem nauki, pozwolił uspokoić się sumieniu lekarzy, nagrodzonych poważnym rulonem złota. I gdy Dikson, uproszony o niezamieszczanie w dziennikach fachowych sprawozdania z odbytéj swéj misyi, od czasu do czasu powtarzał tylko treść urzędowego protokółu; gdy Markel (czy to w przewidywaniu mogących wyniknąć przykrych kolizyj, czy też z braku potrzebnéj w takich okolicznościach cywilnéj odwagi) unikał dawania przekonywających odpowiedzi na zadawane sobie pytania; wykształcona część ogółu w alternatywie długiéj niepewności, w jakiéj ją pozostawiono, z pogardą tylko wyrażała się o charakterach ludzi, którzy bez względu na historyczną powagę faktu nie zawahali się uzbroić go w fałszywą sankcyję nauki. Dla innych zaś wiadomość, że sułtan nie żył, była wystarczającą. A czy go okryto haniebném mianem samobójcy, czy też odebrano mu życie drogą dokonanego morderstwa, to przypuszczenia i domniemania tego rodzaju nie mogły przecie wpłynąć na zmianę sformułowanego twierdzenia, że lekarze

powołani do stwierdzenia rodzaju śmierci sułtana Abdul-Aziza, nie odpowiedzieli godności swego stanowiska jako ludzie nauki wolnéj i niekrępującéj osobistych przekonań.— Bo przecież lepiéj i przyzwoiciéj byłoby z otwartością uznać się za trwożliwych czy niekompetentnych, aniżeli doczekać się tak fatalnego skompromitowania, jakiém w ogół prawie tutejszych lekarzy uderzył publiczny proces, wytoczony dopiero w lat kilka podejrzanym o zamordowanie Abdul-Aziza! Okazało się bowiem z tego tak rozgłośngo procesu, że sułtan został uduszony; że rana, powyżéj zgięcia ramienia, została mu zadaną przez jednego z morderców, w chwili, gdy nieszczęśliwa ofiara swéj dumy używał nadludzkich wysileń do stworzenia sobie środka obrony. Słowem jeżeli kamaryli pałacowéj chodziło bardzo o zatajenie charakteru dokonanéj zbrodni, to przeciwnie obowiązkiem lekarzy było wypowiedzenie prawdy, już choćby tylko dla tego, ażeby umiejętném ocenieniem podobnie rzadkiego faktu przyczynić się do powiększenia przykładów czynności sądowo-lekarskich. (C. d. n.)

V. Oceny i sprawozdania.

Prof. Ackermann (w Hali): **Tkankorództwo i histologija mięsaków.**

Wiadomo powszechnie, że wszystkie mięsaki bez wyjątku okazują pod drobnowidem mniéj lub więcéj rozwinięte podścielisko z tkanki łącznéj w kształcie siatki złożonéj już to przeważnie z komórek już téż z włókien téjże. Otóż te części składowe jego przedstawiają w swym wzajemnym ilościowym stosunku, ułożeniu, wreszcie wielkości i kształcie tak znaczne różnice, że z nich można wysnuć pewne wnioski o historyi rozwoju tych nowotworów.

W osi pojedyńczéj wiązki przebiega bardzo często, w początkowym okresie rozwoju zawsze, naczynie krwionośne różnéj objętości, którego ściany składają się z początku z samych komórek śródbłonkowych otoczonych komórkami różnego kształtu, a te ostatnie komórki od własności wytwarzania włókien tkanki łącznéj nazwano włókno-twórczemi. A. zajmował się przeważnie badaniem mięsaków wrzecionowato-komórkowych, które się najwięcéj do tego nadają. Już Schwan, Boll i Tillmann spostrzegali często w komórkach nowotworzącéj się tkanki łącznéj podłużne równoległe kreski a Neumann widział je zarówno w komórkach wrzecionowatych błon wrzekomych na opłucny jak i w komórkach mięsaków. Linijki te odbijają swą barwą ciemniejszą i mają często przebieg wężykowaty a odpowiadają swą wzajemną odległością grubości włókien tkanki łącznéj. Jeśli zaś odległość ich jest większa, wtedy zwykle spostrzedz można między niemi cieńsze i mniéj wyraźne linijki, które są rudymentami niejako poprzednich. Często także przekonać się można, że komórka na końcach owych linijek rozpada się we włókienka, z których każde grubością swą odpowiada ich odległości; ztąd téż wszyscy badacze zgadzają się na to, że te linijki uważać trzeba za znak poczynającego się uwłóknienia. A więc włókna tworzą się z pierwoszczy komórek, przyczém ma miejsce i zmiana chemiczna, bo włókna wydają przy gotowaniu klej. W skutek takiego przeobrażenia zanikają z czasem komórki, nie wyjmując jąder, jak to już Schwan wykazał, a natomiast występuje siatka składająca się z włókien, które się łączą z sobą w różnych kierunkach a siatka ta jest tém wyraźniejszą, im więcéj jest pomiędzy włóknami cieczy galaretowatéj bezpostaciowéj, dla tego najwyraźniejszą siatkę widzimy w śluzakach.

Rozwój mięsaka zależy od naczyń krwionośnych, a pod drobnowidem widać w błonie dodatkowéj tychże tworzenie się nowych komórek wrzecionowatych, które się niczém nie różnią od komórek błony dodatkowéj, chyba tém, że są zwykle większe, a więc rozwój mięsaka wrzecionowato-komórkowego polega na mnożeniu się komórek warstwy dodatkowéj nowowytworzonych naczyń włosowatych. Niekiedy to mnożenie się odbywa się tak prędko, że komórki nie mają czasu uledz zwyrodnieniu włóknistemu i tym sposobem powstają w paru tygodniach wielkie guzy nowotworowe złożone prawie z samych naczyń i bardzo małych komórek wrzecionowatych, a które dawniéj obejmowano nazwą rdzeniaków. Komórki tych nowotworów dla tego nie ulegają zwyrodnieniu włóknistemu, że wprzód, nimby to nastąpić mogło, chory umiera lub nowotwór drogą operacyjną usuniętym zostaje.

Powierzchnia pojedyńczych wiązek nowotworu zachowuje się różnie, wmiarę tego, czy ten składa się przeważnie z komórek, czy téż jest większa lub mniejsza domieszka włókien tkanki łącznéj; w pierwszym razie jest powierzchnia nierówna, w drugim przeciwnie gładka i powleczona warstwą płaskich komórek, które niczém innem nie są jak śródbłonkiem naczyń limfatycznych, przebiegających między wiązkami. Że zaś komórki śródbłonkowe naczyń limfatycznych i krwionośnych są tak samo komórkami tkanki łącznéj, dowodzi już ta okoliczność, że jak to ostatecznie Riedel wykazał, mogą w pewnych warunkach, np. po podwiązaniu naczyń, zamienić się we włókna tkanki łącznéj. W obec tego więc wszystką tkankę łączną uważać można wraz z nowotworami z niéj wychodzącemi za system kanałów wypełnionych krwią lub limfą, których ściany składają się z komórek jednakiéj natury, choć nie w jednakim okresie rozwoju będących, a mięsaki wrzecionowate nie są niczém innem jak ogniskowo występującemi zgrubieniami tych ścian skutkiem tworzenia się komórek włóknotwórczych na około nowowytworzonych naczyń.

Atoli temu pojęciu zdaje się sprzeciwiać to, że w mięsakach zwłaszcza tych, które nie są czysto wrzecionowatemi, napotykamy także inne komórki, które nie mają własności wydawania z siebie włókien tkanki łącznéj i tak: w mięsakach wielko-okrągło-komórkowych napotykamy t. zw. komórki embryjonalne, zwykle ugrupowane około naczyń krwionośnych w rzędach podłużnych lub więcéj nieregularnie, czasem tuż obok siebie w większéj ilości, lecz nie w tém znaczeniu, żeby takie grupy wypełniały oczka siatki, bo zawsze można spostrzedz przy dokładném badaniu mniéj więcéj wyraźną siatkę włókienek między pojedyńczemi komórkami a ponieważ do téj delikatnéj siateczki wpośród oczka dochodzą włókna także i od jego brzegów, ztąd brzegi oczek w mięsakach nigdy nie są tak równe jak brzegi oczek w nowotworach przybłonkowych, co jest bardzo ważną cechą rozpoznawczą. Z czego powstają owe komórki embryjonalne, dotąd nie jest rzeczą rozstrzygniętą. E. Neumann utrzymuje stanowczo, że pochodzą z komórek wrzecionowatych, co jednak nie zdaje się podobném do prawdy w obec tego, że nie mają własności wytwarzania włókien. Inni, np. Löwe, twierdzą, że powstają one z ciałek białych, lecz i z temi nie wiele mają wspólnego. Natomiast więcéj podobieństwa okazują z komórkami wchodzącemi w skład mięsaków drobno-okrągło-komórkowych. Virchow *(Die krankhaften Ge-*

schwülste B. 2, s. 205) porównywa te ostatnie komórki z ciałkami śluzowemi co do wielkości i kształtu, tymczasem dokładne badanie doprowadziło do przekonania, że i one nie należą do jednéj kategoryi i tak są komórki mniejsze i większe i pierwsze już dla tego trzeba odróżnić od drugich, że zwykłe barwiki jak haematoksylin, bismark brunatny itd. daleko silniéj barwią ich jądra podobnie jak i w ciałkach białych, z któremi je więc za identyczne uważać trzeba a zatém mięsaki mało-okrągło komórkowe oprócz stale się znajdujących tworów tkankotwórczych zawierają przynajmniéj jeszcze dwojakie komórki, tj. ciałka białe i komórki większe od tych, podobne do ciałek śluzowych. Stosunek tych części składowych do tworów włóknotwórczych bywa oczywiście bardzo różny; nigdy jednak nie brak tych ostatnich.

Wielu autorów, a między niemi szczególnie Rindfleisch (*Pathologische Gewebelehre* wyd. 5, s. 103) uważa komórki różnego kształtu, znajdujące się w mięsakach, za różne okresy rozwoju komórek jednego i tego samego rodzaju. Lecz A. sprzeciwia się stanowczo temu zapatrywaniu; nigdy bowiem nie znalazł przejść od komórek okrągłych wielkich lub małych na wrzecionowate wielkie lub małe, jak również nigdy nie widział ani śladu włókienek w komórkach okrągłych, podczas gdy przy rozwoju embryjonalnéj tkanki łącznéj, w którymto razie rzeczywiście tworzą się komórki wrzecionowate z okrągłych już wcześnie, skoro tylko komórka staje się nieco podłużną, widać w niéj uwłóknienie.

W przeciwieństwie do tego pojmowania rzeczy, starał się Ziegler (*Lehrbuch der path. Anat.* wyd. 2, I część s. 238) wykazać na preparatach, które miały służyć do uwidocznienia przejścia komórek kostnych i podścieliska tkanki łącznéj gruczołu piersiowego w twory mięsakowe, że one powstają bezpośrednio z komórek tkanki łącznéj przez tak zwaną „metaplazyję."

Lecz prócz dotąd wspomnianych tworów komórkowych wykrył Ehrlich (*Über Mastzellen. Dissertation von E. Westphal.* Berlin 1880) t. zw. „Mastzellen" w tkance łącznéj, które się tém cechują, że ich pierwoszcza zabarwiona metylwioletem przyjmuje barwę niebieską, którą wyskok z trudnością wyciąga, podczas gdy ich jądra pozostają niezabarwione. A. badał wielokrotnie różne mięsaki i zawsze znajdował te komórki i to odosobnione lub w większych grupach do dwudziestu i więcéj, a zdaje się że się znajdują tylko w tych częściach mięsaków, które się składają z tworów włóknotwórczych i to koło naczyń krwionośnych lub w bliskości przestworów limfatycznych. Ehrlich utrzymuje, że one powstają z komórek tkanki łącznéj, jeżeli są potemu korzystne warunki.

Z większą pewnością można to powiedzieć o komórkach olbrzymich w mięsakach, jak o tém świadczą wielorakie komórki przejściowe, co szczególnie dokładnie mógł A. stwierdzić w jednym przypadku guza nowotworowego wychodzącego w tylnéj stronie stawu kolanowego z tkanki łącznéj między mięśniami goleniowym i podkolanowym. W nim bowiem znalazł obok zwykłych komórek włóknotwórczych także komórki większe różnéj wielkości i zawierające stósownie do tego grupy jąder bardzo różnéj ilości od kilku do pięćdziesięciu i więcéj, a nadto w miejscach starszych nowotworu wyraźne przeobrażenie włókniste tych komórek. Zupełnie podobne stosunki stwierdził A. w mięsakach wychodzących ze szpiku kostnego, które, jak wiadomo, zawsze zawierają komórki olbrzymie.

Jeśli z licznych kształtów przejściowych między komórkami wrzecionowatemi i z identycznemi z temiż tworami włóknotwórczemi a komórkami olbrzymiemi i z ich następnéj przemiany musimy wnosić, że wszystkie te twory należą do jednego typu, to jest z drugiéj strony wiele powodów, ażeby t. zw. melanotyczne mięsaki wyłączyć z téj grupy, do czego nas może skłonić już sama złośliwość tego nowotworu, bo nie ma narządu w ciele, w którymby po powstaniu drobnego guzka na skórze lub w oku, nie powstały w krótkim czasie przerzuty. Do tego trzeba dodać, że pierwotny nowotwór powstaje zawsze w miejscach, w których są komórki zawierające barwik, np. w naczyniówce, skórze i to w miejscach najwięcéj barwika zawierających, wreszcie w nadnerczach. Co do źródła barwika tych nowotworów, to A. obstaje przy zdaniu Virchowa, że, wyłączając zdarzające się czasem zabarwienie skutkiem wynaczynień krwi, właściwe melanotyczne zabarwienie jest od tegoż zupełnie różném. Prawdopodobnie rzecz się tak ma, że komórki barwikowe, które trzeba ściśle odłączyć od komórek wrzecionowatych, bo nigdy nie ulegają przemianie włóknistéj, mnożąc się, dają podstawę mięsakowi melanotycznemu. (C. d. n.)

P e r e t t i: **O działaniu nasennem paraldehydu.** Wykład miany na posiedzeniu Stowarzyszenia psychijatrów nadreńskich prowincyj 16 czerwca 1883.

Następstwa szkodliwe najdzielniejszego z leków nasennych chloralu skłoniły do badań z nowemi środkami, t. j. acetalem i paraldehydem. Trzymiesięczne doświadczenia z paraldehydem robione w zakładzie andernachskim wykazują, że paraldehyd jest cieczą bezbarwną, wrze w 124° C. a przy oziębieniu poniżéj 10° C. tężeje w kryształach. Rozpuszcza się w 13° w ośmiu częściach wody, w wyższych zaś stopniach dopiero w 16 częściach. Podług Cervellego działa już w średnich dawkach na ośrodki nerwowe, szczególnie na mózg, w większych dawkach także i na rdzeń. To szybkie działanie na mózg skłoniło do użycia paraldehydu jako leku nasennego, a badania Cervellego wykazały wielkie podobieństwo pod względem działania nasennego z chloralem. Na korzyść paraldehydu przemawiała ta okoliczność, że ilość oddechów o wiele mniéj się zmniejszyła, jak przy chloralu, a większe dawki paraldehydu pozostawały na obieg krwi bez wybitnego skutku, i bez obawy porażenia serca. Ztąd wnioskował Cervello, że 10 grm. paraldehydu w rozczynie wodnym, na kilka dawek, zadawać można jako lek nasenny. Doświadczenia Morsellego przekonały o nader pomyślném działaniu nasennem i uspokajającém; a Berger zaleca do dalszych doświadczeń zwłaszcza w tych przypadkach, w których chloral nie skutkuje, lub jest przeciwwskazanym. Preparat sprowadzono z fabryki Trommsdorfa w Erfurcie, zadawano w 4% rozczynie, z 10% cukru, smak był przyjemny, przypominający smak miętowych cukierków. Nawet i niespokojni obłąkani dość chętnie zażywali dawkę od 2 do 6 i do 8 grm. dziennie. Szkodliwych następstw nie było nigdy.

Doświadczenia u zdrowych jak również i u chorych wykazały: po dawkach 3 do 6 grm. następował dobry i twardy sen trwający 2—4 godzin nawet podczas dnia, sen był przyjemny i bez wszelkiego przykrego uczucia po przebudzeniu się. Zaraz po wyżyciu pojawiło się uczucie znużenia, powieki poczęły ciężyć i zażywający zapadali w głęboki sen, często z chrapaniem połączony. Liczba oddechów zmniejszyła się o dwa oddechy na minutę, lub wcale nie, tętno zaś obniżało się o 2—3 uderzeń, były one zupełnie regularne i jednostajne, obniżenie ciepłoty było o kilka dzie-

siętnych, kongestyj jakotéż zmian w żrenicach nie było. Na trawienie paraldehyd nie wywierał żadnego wpływu szkodliwego, owszem niektórzy chorzy przypuszczali pewien wpływ orzeźwiający, posmaku przykrego nie było żadnego nawet i po dłuższém używaniu. Co do wpływu na wydzielanie moczu, wystąpiło w dwu przypadkach mimowolne moczenie nocne, które ustąpiło, jak tylko zaprzestano paraldehyd dawać. Paraldehyd jest lekiem, który w dawkach 3—6 grm. sprowadza kilkogodzinny sen szybko po zażyciu się pojawiający, bez wszelkiego stanu podniecenia i grożnych objawów, sen jednostajny, głęboki do fizyjologicznego podobny. Przebudzenie jak po śnie prawidłowym, bez bólu głowy, bez kongestyj i znużenia. Te zalety dają pierwszeństwo paraldehydowi przed chloralem, tém więcéj, że i osoby wiekowe, porażeńcy zażywać go mogą bez jakichkolwiek grożnych przypadów, a i choroby serca nie są przeciwwskazaniem do użycia.

Atoli i paraldehyd nie wywiera bezpośredniego wpływu na przebieg choroby umysłowéj; chorzy niespokojni po dawce 2 grm. spali w nocy lepiéj, a chorzy, którzy poprzednio tę samą dawkę chloralu zażywali, zasnęli po 2 grm. paraldehydu wcześniéj i spali nie gorzéj. Mocno podnieceni, uspakajali się zaraz po zażyciu. Oba atoli skutki tak nasenny jako i uspokajający trwały krótko, kilka godzin, atoli po kilku dniach używania leku skutek nie był już ten sam, i musiano zwiększać dawkę; w świeżych przypadkach szaleństwa gwałtownego wielki niepokój na krótki czas przycichł, lecz i kilkorazowe dawki podczas dnia nie wywołały trwałego uspokojenia. W obłędzie przemiennym wywierał paraldehyd dobry skutek w okresie szałowym, tak samo uspokajali się szybciéj w obłędzie okresowym. W obłędzie przewlekłym jak również i w podnieceniu porażeńców uspokojenie było przemijające. U halucynantów i w zadumie z uczuciami strachu był skutek bardzo nieznaczny. O wiele pomyślniejszy był skutek paraldehydu w bezsenności przy zwykłym melancholicznym rozstroju, gdzie dawka 2 grm. sprowadzała sen pożądany. Z tych powodów spodziewać się można dobrego skutku po paraldehydzie przeciw nerwowéj bezsenności, po większém natężeniu umysłowém i rozdrażnieniu, jak to Morelli na sobie samym doświadczył. Wystarcza w takim razie kilkorazowe użycie paraldehydu, przez co przyzwyczajenie się do tego leku nie powstaje.

Z tych powodów nie jest paraldehyd swoistym lekiem przeciw psychozom, ani téż nie jest lekiem trwale uspokajającym, lecz głównie lekiem nasennym, który w lżejszych przypadkach przygnębienia leczenie wspiera.

Korzyści paraldehydu przed chloralem są: brak grożnych przypadów dla serca, nawet i przy wielkich dawkach, brak skutku zbiorowego, szybkie pojawianie się snu bez jakichkolwiek objawów podniecenia lub kongestyj i brak nieprzyjemnego uczucia po przebudzeniu się. Niekorzyści zaś są: rychłe przyzwyczajenie się do leku, przez to niezbędne zwiększanie dawek, co przy wysokiéj cenie (30 marek za kilo) na uwagę zasługuje, a nadto, że powietrze przejmuje się przez wdech słodkim smakiem przypominającym paraldehyd. (*Berl. klin. Woch.* Nr. 40, 1883). *Dr. Żuławski.*

Prof. Liebermeister: **O macinnictwie i jego leczeniu.**

Macinnictwo jest zdaniem L. chorobą czynnościową mózgu, a mianowicie kory mózgowéj, czyli innemi słowy jest chorobą umysłową. W macinnictwie jednak istnieją zaburzenia tylko niższych czynności psychicznych, podczas gdy w chorobach umysłowych w ściślejszém tego słowa znaczeniu istnieją zaburzenia wyższych czynności psychicznych. Rzut oka na główne zasady psychologii wyjaśnia bliżéj powyższe określenie. Już od czasów Kanta dzielimy czynności psychiczne na czynności myślenia, czucia i woli. Z tych czynności zostają jednak niektóre pod ściślejszém kierownictwem świadomości, gdy tymczasem inne zdają się nie zostawać wcale pod wpływem świadomości. Pierwsze zaliczamy do tak zwanych wyższych, ostatnie natomiast do tak zwanych niższych czynności psychicznych. Wyższe czynności odpowiadają po części téj władzy umysłowéj, którą rozumem nazywamy, niższe zaś czynności wchodzą w zakres instynktu. — Tak wyższe jak niższe czynności posiadają dośrodkowy i odśrodkowy zakres swego działania. Dośrodkowy zakres działania u wyższych czynności stanowią spostrzeżenia, odśrodkowy zaś zakres obejmuje wola. Nim jednak ze spostrzeżeń i pojęć wyniknie jaki objaw woli, muszą wprzód spostrzeżenia i pojęcia być ze sobą i innemi pojęciami porównane i skojarzone, co oczywiście na myśleniu polega. U niższych czynności psychicznych stanowią dośrodkowy zakres działania uczucia, podczas gdy odśrodkowy zakres obejmuje instynktowna wola czyli popędy. Pośredniczącą rolę między uczuciami a popędami odgrywa nastrój duszy. Według tego więc mamy następny podział czynności psychicznych.

1) Wyższe czynności: spostrzeganie, myślenie, wola.
2) Niższe czynności: uczucia, nastrój duszy, popędy.

Aby jednak tém lepiéj uwidocznić, w jaki to sposób polega macinnictwo na zaburzeniu skreślonych niższych czynności psychicznych, należy rzecz jeszcze kilku przykładami objaśnić. Zazwyczaj spotykać się można ze zdaniem, że człowiek kieruje się w swych czynnościach rozumem, wolną wolą i jest świadom zawsze pobudek swego działania, podczas gdy zwierzę kieruje się instynktem bez zupełnéj lub téż tylko z niedokładną świadomością. Zdanie o tyle słuszne, o ile rzeczywiście u zdrowego człowieka wyższe czynności psychiczne posiadają wpływ regulujący na niższe czynności, właściwa jednak popędowa i poruszająca siła nawet u człowieka spoczywa w niższych czynnościach psychicznych. Do niższych bowiem czynności psychicznych należy powszechnie wiadomy popęd utrzymania swego bytu i swego rodzaju. Aleź i współczucie, wdzięczność, miłość prawdy poczucie swéj godności, poczucie obowiązku, miłości ojczyzny — przymioty, bez których żadne towarzystwo, ani państwo ostaćby się nie mogło — również zaliczyć wypada do zakresu niższych czynności psychicznych, gdyż one rozumem zdobyte, ani zastąpione być nigdy nie mogą. — W ten sposób rozbierając czynności psychiczne, łatwo oceni czytelnik, o ile słusznem jest zdanie L.: „*So lange in der Masse des Volkes die Gefühle und Triebe gesund sind, so lange der Einzelne auf seinem Posten und die Menge in Reih und Glied steht, einfach infolge des Instincts der Massen, so lange kann das Volk blühen und gedeihen; wenn aber der Instinct der Massen krank und schwach wird, wenn bei dem Einzelnen die verstandesmässige Ueberlegung und Abwägung anfängt für seine Stellung zum Ganzen und für sein Handeln massgebend zu werden, dann ist es mit der Blüthe des Volkes vorbei, und keine Ausbildung des Verstandes, auch wenn sie alle Schichten durchdrungen hätte, vermag es vor dem Niedergange zu retten.*“

Takie należyte poznanie i ocenienie całéj doniosłości niższych czynności psychicznych jest nieodzownym warunkiem rozumnego leczenia ich zaburzeń.

Że w macinnictwie istnieją z początku zaburzenia niższych czynności psychicznych, zbyteczna dowodzić. Dość wspomnieć o różnych zboczeniach w zakresie uczuć (bóle, przeczulica) i popędów (rozliczne kaprysy, wstręt do systematycznéj pracy, chęć wzbudzenia u drugich litości, prowadząca czasem do udawania, chęć zwrócenia na się uwagi, skłonność do przesady i kłamstwa, kochliwe usposobienie, różne kurcze i porażenie itd). W ciężkich przypadkach macinnictwa tracą zazwyczaj wyższe czynności psychiczne swój regulujący wpływ na niższe czynności, a wreszcie uledz mogą i wyższe czynności trwałym zaburzeniom, w skutek czego wywiązać się może istotna choroba umysłowa.

Z tego przedstawienia rzeczy wynika, że leczenie macinnictwa musi być przedewszystkiém psychiczne. Nim przystąpi się jednak do tego rodzaju leczenia, należy zwrócić uwagę na wskazania przyczynowe. Zboczenia w narządzie płciowym, zaburzenia w odżywianiu, blednica, niestrawność itp. muszą być należycie uwzględnione.

U wielu chorych z dobrym skutkiem polecić można systematyczne używanie zimnych kąpiel (15° R. przez 15 minut), pobyt w górach, regularne przechadzki, lub też dłuższe używanie środków przeczyszczających itp., oczywiście w połączeniu z leczeniem psychicznem. Co do bodźców psychicznych należy pamiętać, że nagły przestrach, troski, natężona praca częściéj niekorzystnie działają na chorych, gdy tymszasem radość, nadzieja itp. nieraz już zbawienny swój skutek na chorych wywarły. Hypnotyzm, zdaniem L., nabawił więcéj zdrowych choroby, niż chorych wyleczył.

Przy leczeniu poszczególnych napadów macinnictwa trzymać się należy zasady, aby przy raz obranym środku wytrwać aż do ustąpienia napadu, np. przy polewaniu zimną wodą, przy stósowaniu coraz silniejszego prądu indukcyjnego itp. Wielkiéj bardzo doniosłości jest wpajanie w chorych przekonania, że trwałe polepszenie ich stanu zależy głównie od ich własnéj siły woli i że lekarz może im tylko drogę do tego celu wskazać. Zajęcie chorych odpowiednią pracą, rozbudzenie w nich poczucia swych obowiązków stanowi najpewniejszą rękojmię bezpowrotnego usunięcia choroby. Wszystkie tak zwane przeciwmacinnicze środki są zbyteczne, chyba że się straciło wszelką nadzieję trwałego wyleczenia chorej (*Sammlung klinisch. Vorträge* Nr. 236). *Dr. Prus.*

Wiadomości pomniejsze.

(J. S) **Wstrzykiwania rozczynu alkalicznego soli kuchennéj do żył w przebiegu cholery** użył Wildt w Kairze w jednym przypadku, jakkolwiek jednak zabieg ten nie zdołał usunąć zejścia śmiertelnego, polepszenie spostrzeżone bezpośrednio po wstrzyknięciu winno pobudzić do dalszych doświadczeń w tym kierunku. Mężczyznę 40-letniego zastał W. w okresie zamartwiczym cholery a gdy czynność serca widocznie słabła, zdecydował się przedsięwziąść wraz z Drem Hessem wspomniany zabieg. Chory oddał 9 do 10 charakterystycznych stolców w przeciągu 3 ostatnich godzin i żalił się na ból w dołku żołądkowym, ściskanie w piersiach i duszność ciągle się wzmagającą. Gdy wszelkie środki podniecające były bezskutecznemi, otworzył W. żyłę przedramienia za pomocą małych nożyczek i wprowadził w nią rurkę od trójgrańca próbnego, połączoną za pośrednictwem rurki gumelastycznéj z czystym lejkiem szklanym. Wszystkie te przyrządy poprzednio doskonale odwietrzono a wystrzegając się bacznie dostania się powietrza wprowadzono w żyłę rozczynu 26 grm. soli kuchennéj i 1 grm. węglanu sodowego na 1000 grm. wody destylowanéj. Rozczyn ten ogrzano poprzednio do 40°C., a po wprowadzeniu płynu podwiązano żyłę i opatrzono rankę przeciwgnilnie. Już podczas wlewania rozczynu doznał chory ulgi, duszność ustępowała a tętno sprychowe znowu wyczuć było można; polepszenie to trwało tylko godzinę, poczém chory stał się tak niespokojnym, że o ponownem wlaniu rozczynu nie było można myśleć a wśród wzmagania się osłabienia serca chory żyć przestał. Przypadek ten odosobniony nie może wcale stanowić o sposobie tym teoretycznie usprawiedliwionym a na uwagę zasługuje nadzwyczaj prosty sposób postępowania.

VI. Zjazd okulistów w Heidelbergu.

Sprawozdawca **Dr. Wicherkiewicz** w Poznaniu.

(Dokończenie. Patrz Nr. 41).

Sprawa krótkowidzenia tyle omawiana mniéj tym razem była przedmiotem szczegółowych rozpraw, lubo nie obeszło się bez kilku uwag. Uczynili je proff. Becker i Foerster z Wrocławia.

Pierwszy, który przedłożył Towarzystwu kilka modeli według własnych wskazówek przez miejscowego mechanika sporządzonych, mających ułatwić uczniom zrozumienie budowy soczewki, poruszył sprawę myopii nie w celu, ażeby przypomnieć, jak to Cohn czyni, że krótki wzrok szerzy się pomiędzy ludnością, gdyż nigdzie Becker dowodu na to nie znalazł, że wzrok krótki w pewnym okresie historycznym wzmógł się, lecz dla tego, aby wyrazić swe przekonanie, że jedynie wzrok krótki pojedyńczéj osoby w przeciwstawieniu do zbiorowego wzroku krótkiego całéj ludności, staje się silniejszym. W roku 1858 w Badeńskiém przy poborze odkryto daleko większą liczbę krótkowidzów aniżeli w ostatnich latach. Na życzenie Beckera major Horn kazał zestawić listę poborowych z 25ciu lat, a z téj listy bynajmniéj przekonać się nie można, ażeby krótkie widzenie miało istotnie przybrać szersze rozmiary.

Potwierdzili to przy rozprawie nad tym przedmiotem Mayweg i Just, opierając się na wynikach badania pod tym względem uczniów szkół w Haagen a względnie Zittau.

Prof. Foerster zaś, zastanowiwszy się nad krótkowidzeniem, podaje dwa przypuszczenia co do sposobu jego wytwarzania się:

a) albo zbytnia działalność naprężacza (*Die Tensor-Hypothese*),

b) albo też zbieżność gałek (przez nacisk mięśni, *Die Convergenz-Theorie*) może być powodem powstania lub dalszego rozwoju myopii.

Jeżeli pierwsze przypuszczenie jest prawdziwém, używanie szkieł wklęsłych byłoby zdrożném; inaczéj w razie uzasadnienia drugiego przypuszczenia, do którego właśnie skłania się Foerster po rezultatach, które otrzymał w ostatnich czasach z postępowania swego z krótkowidzami, t. j. *ex juvantibus et nocentibus*. Uderzyło go zaś, że w 60 przypadkach stosownie do zapisków w dzienniku chorych, mimo noszonych okularów, których siła optyczna krótki wzrok więcéj aniżeli zrównoważała, krótki wzrok nie wzmagał się. Osoby te od najpierwszéj młodości używały okularów, a tém samém przyzwyczaiły się do trzymania przedmiotów w pewnéj odległości, przemawiałoby to za teoryją zbieżności. Osoby takie powinny odpowiednio siedzieć przy pisaniu i czytaniu i tém podobnych zajęciach. Najle-

pszym środkiem zaś ku temu jest wstrzymadło (*Halter*), które skuteczniéj od przypominania usuwa nawyknienie pisania „nosem“. Foerster pokazuje wstrzymadło odpowiadające zadaniu temu; (u Kahlmana we Wrocławiu za 5 marek do nabycia); przytacza w końcu przypadki, w których śród przestrzegania tych warunków krótki wzrok pozostał albo stałym albo nawet zmniejszył się. Krótkowidzenie kurczowe jest tylko następstwem krótkowidzenia wynikającego ze zbieżności.

W rozprawie nad tym przedmiotem wypowiada H o r n e r mniemanie, że przypadki przez Foerstera przytoczone tak samo przemawiaćby mogły za przypuszczeniem pierwszém, t. j. teoryją naprężacza a Fuchs z Leodyjum opisuje przypadek krótkowidzenia pozornego.

Następnie F o e r s t e r raz jeszcze zabiera głos i mówi o kartograficznych oznaczeniach wyników badania pola widzenia. Spostrzegł, że prawie każdy z okulistów odrębne obiera sobie schemata, co utrudnia albo nawet uniemożebnia porozumienie się; przemawia zatém za wspólnym schematem i takowy według swego pojęcia przedkłada. W tymże podana jest tylko granica prawidłowa pola widzenia, punkt fiksacyjny jako środek wraz z plamą żółtą a koła równoległe wszędzie w jednakowéj umieszczone są odległości. Południki oznacza od 0—360, a mianowicie zawsze po 20 stopni od siebie odległe, — podziału na dwie połowy pola nie przyjmuje. Południki biegną na zewnątrz i to u obydwóch ócz.

Prof. S a t t l e r z Giessen poruszył w krótkim wykładzie, mówiąc przeważnie o skuteczności słabych roztworów dwuchlorku rtęci, będącą na porządku dziennym każdego niemal kongresu lekarskiego walkę przeciw znanym i nie znanym drobniutkim pasorzytom. Sattler nie wątpi, że przez *asepsis* i *antisepsis* znaczne osiągnięto w chirurgii ocznéj postępy, lecz panuje jeszcze wielka niepewność w wyborze środków. Na dwie głównie rzeczy przytém zważać wypada: 1) staranie o utrzymanie jak najkorzystniejszych warunków mechanicznych, 2) usunięcie wszelkich przyrzutów. Co do ilości środków przeciwgnilnych w ogólności, panuje *embarras de richesse*. Ilość środków używanych w okulistyce natomiast dość jest ograniczoną. Nie każdy przyrzut nadaje się do podjęcia badań na oku; najwięcéj pod tym względem odpowiada przyrzut znajdujący się w przyropniach worka łzowego i laseczniki powstające w zapaleniu jequirytyczném. Doświadczenia Sattlera wykazały, że najskuteczniejszym jest chlor, potém dwuchlorek rtęci (1:5000). Przy słabszych roztworach działanie jest niepewném. Z innych środków zasługują na uwagę wodan benzolu, resorcyna, daléj przesycony roztwór salicylowy i 20% roztwór kwasu karbolowego. Rozczarowanym zaś czuł się Sattler co do działania kwasu borowego i tymolu. Zalecona przez Landolta woda kwasorodowa okazała się także słabo działającą. Jodoform zaś mały, a alkohol absolutny żadnego nie wywiera skutku na zniszczenie przyrzutów znajdujących się w przyropniach worka łzowego. Inaczéj Sattlerowi przedstawiała się rzecz, gdy badał skuteczność tychże na zniszczenie przyrzutu wąglikowego. Ażeby głębsze przyrzuty, np. w wrzodku pełzającym, zniszczyć, zaleca S. żegadło i zwraca przytém uwagę na stosowne tegoż użycie.

Wykład ten wywołał dość ożywioną rozprawę, w któréj pomiędzy innymi brali udział: Schmidt-Rimpler i Kuhnt. Schmidt zwraca na to uwagę, że Sattler używał uprawianych grzybków do swych doświadczeń, on zaś czystéj ropy z worka łzowego; skoro takową zmięszał z przetworami przeciwgnilnemi, rogówka pozostawała po zranieniu bez zapalenia.

Następnie Schmidt występuje w obronie broszury wydanéj pod jego okiem i z jego kliniki przez Lucanusa, który odmawia żelazu rozpalonemu skuteczności. Na uwagi Schmidta odpowiada Sattler, że dla tego tylko posługiwał się samemi grzybkami, ponieważ płyn ropny worka łzowego najrozmaitsze zwykł zawierać rzeczy. K u h n t sądzi, że żelaza rozpalonego nietylko można ale trzeba nawet użyć i to zaraz nie czekając, dopóki inne środki zawiodą. Głównym zaś celem takiego postępowania powinno być utrzymanie jak najlepszego wzroku. Kuhnt bada w tym celu spód wrzodu przy ukośném oświetleniu. Roztworów sublimatu używa Kuhnt od roku; nie we wszystkich jednak przypadkach środek ten zdaje się być stosownym, ponieważ chorzy nie zawsze go znoszą. Dla odrażania zaś każe instrumenta gotować.

U t h o f f mówi o badaniach wziernikowych u chorych na umyśle. Badał 650 przypadków w Charité w Berlinie, a mianowicie 91 przypadków zapaleń ogniskowych, 150 przypadków porażenia postępowego, 135 otrucia wyskokowego, 104 przypadki padaczki i 170 przypadków najrozmaitszych innych zboczeń nerwowych. Prawie u wszystkich można było prędzéj lub późniéj widzieć zmiany na siatkówce i nerwach wzrokowych (lekkie zaćmienia siatkówki i zanik nerwów). W połowie przypadków źrenice nie oddziaływały.

E v e r b u s c h mówi o zmianach fałdu półksiężycowego, którego odrębną budowę drobnowidową przedewszystkiém podnosi. Najwięcéj przypomina ona tkankę twardówki. Wrodzone zmiany, jakie tutaj się zdarzają, są: *a)* schrząszczenie pojawiające się mianowicie u dzieci egipskich. *b)* zdwojenie spojówkowe bez chrząstek pokrywające nieraz całą rogówkę; *c)* naczyniaki; *d)* kiłowe zgrubiałości fałdu. Po uwadze M a y e r a z Paryża, który podobny przypadek zajęcia kiłowego, jak go Everbusch w kilku przypadkach obserwował, widział u jednéj ze swoich pacyjentek, gdzie nietylko fald półksiężycowy, ale także przyległa twardówka była zajętą przystąpił E v e r b u s c h do opisu przypadku wrodzonego wstrzymanego rozwoju:

Czterodniowe dziecko ma wargę zajęczą i rozdwojenie podniebienia. Rogówka stożkowata. W tęczówce szczelina dolna. Soczewka przeźroczysta lecz u dołu ku tyłowi widać zaćmienie nitkowate, ciągnące się ku tarczy. Po śmierci dziecka badał E. gałkę i znalazł w niéj ciemno-szary powrózek biorący swój początek przy tarczy a gubiący się w wyrostkach ciała rzęskowego. Badanie drobnowidowe nie wykazało ani w rogówce ani też w więzadle grzebieniastém żadnej zmiany. Błona Descemeta w miejscu, gdzie była szpara tęczówkowa, przechodziła bezpośrednio pod brzegiem soczewkowym na ciałko rzęskowe, a z tego powstawał ów powrózek równający się histologicznie tkance twardówkowéj. Tętnica mała ciała szklistego wchodziła w ten lejek. E v e r b u s c h przypuszcza, że chodziło tu o pozostałość wyrostka worka środkowego płodowego.

Ostatni z kolei przemawiał S c h m i d t - R i m p l e r z Marburga czyniąc wzmiankę o zaniku gałki samoistnym przez który rozumie zmniejszenie gałki z obniżeniem naprężenia. Schmidt miał sposobność zrobienia obdukcyi w takim przypadku.

U osoby dotkniętéj takim zanikiem gałki po lewéj stronie wraz z opadnięciem górnéj powieki i zrośnięciem powieki nastąpiło pewnego dnia połowicze porażenie prawéj strony, w tydzień późniéj nagła śmierć, któréj przyczyną pra-

wdopodobnie porażenie serca. Na nerwie współczulnym nie było można nic nieprawidłowego wykryć. Gałka okazała się zmniejszoną a tkanka tłuszczowa nietylko w jamie ocznéj, ale także na skroni zmniejszona. Schmidt przypuszcza najprzód porażenie okulopupilarne, powtóre troficzne.

Wypadałoby nam jeszcze wspomnieć o zajmującym nie tylko pod względem treści lecz także i formy wykładzie Dondersa dotyczącym systemu barw. Przedmiot to zbyt specyjalny dla pisma ogólnolekarskiego a zresztą obszernie rozebrany w *Arch. f. Ophthal. 27 1*, i *Transactions of the 7 Session of the intern. med. Congress*, tak że go tu pominąć można.

Popołudniowe posiedzenie pierwszego dnia Zjazdu odbyło się w gmachu kliniki ocznéj uniwersyteckiéj i poświęconém było przedłożeniu rozmaitych preparatów drobnowidowych i przyrządów optycznych. Zawiązywały się przytém rozprawy nieraz dość ożywione. Na kilka ważniejszych przedmiotów niech nam będzie wolno pokrótce jeszcze zwrócić uwagę:

I tak Dr. Everbusch przedstawił swój przyrząd do zamrażania preparatów drobnowidowych i mikrotom, prof. Zehender zaś swój astigmometer. Pagenstecher objaśniał ciekawe preparaty drobnowidowe, sporządzone z guziczków tęczówki, wśród których znajdowały się utwory włoskowate, a powstanie niezwykłych w tych miejscach gości pokrótce opowiedział:

U dziewczęcia 12-letniego było 26 guziczków spojówkowych. Po niejakim czasie wytworzyły się na tęczówce lewego oka fałdy, a przy brzegu źrenicznym powstały trzy guziki. Wypytując chorą i jéj otoczenie, tyle się tylko dowiedziec zdołał, że dziecko już przed trzema miesiącami miało zapalenie oka. Pagenstecher wyciął odpowiedni kawałek tęczówki wraz z guzikami, które pod drobnowidem w przecięciu odpowiadały zupełnie gruzełkom; w środku zaś tych guziczków były nader cienkie włoski przypominające włoski wąsienic. Późniéj dopiero pokazało się, że dziecku istotnie takowa w oko wpadła. Zagojenie zresztą nastąpiło po wycięciu tęczówki.

Na zapytanie prof. Berlina ze Stutgartu, jakimby sposobem włoski te mogły się były dostać do wnętrza gałki odpowiada Pagenstecher, że prawdopodobnie przez tarcie. Donders radzi przypadek ten zachować w pamięci i zapytać zoologów, czy im coś podobnego jest znaném.

Prof. Pflüger z Bonn pokazuje swój nowy wziernik mający na celu ułatwić uczniom badanie prostego obrazu dna oka, a zarazem zastąpić im zbiór szkieł do obierania okularów. Wziernik ten o dwóch tarczach Rekosa zawiera $\pm$ 1, 2, 3, 4 *D.*, względnie $\pm$ 8, 16, 24 *D'* i $\pm$ $^1/_2$ *D'*. Z 15 szkieł osiągnąć można 65 kombinacyj. Do wziernika swego używa Pflüger zwierciadła wklęsłego, ażeby skupić przez to światło, które, zdaniem jego, ułatwia badanie obrazu prostego, (kosztuje 45 fr. u Roulot w Paryżu).

Prof. Becker radzi, aby każdy uczeń kupił sobie raczéj odpowiedni do stanu optycznego oka swego wziernik. Laqueur woli płaskie zwierciadło, gdyż wklęsłe zbytnio przyczynia się do zwężenia źrenicy.

Następnie Pflüger przedstawił swój przyrząd do jakościowego badania zmysłu światła i barw.

Prof. Leber z Getyngi przedłożył drobnowidowy preparat zeskórnienia *(Xerosis)* spojówki wywołanego przez bakteryje. Dziecko dotknięte tą wadą cierpiało także na kurzą ślepotę.

Takie same preparaty okazuje Sattler, a prócz tego inne odnośne do zapalenia jequirytycznego. Schleich czyni uwagę, że szczepiąc wydzieliny spojówki zeskórnionéj, żadnych nie otrzymywał wyników, a ze skutkiem dokonywał operacyi zaćmy u osób, które dotknięte były zeskórnieniem spojówki.

Z wystawy higijenicznéj w Berlinie.

Berlin 1 Października 1883.

Jak pielgrzymi do Meki, tak w tym roku ściągają lekarze do Berlina, jeżeli nie ze wszystkich krańców świata, to przynajmniéj Europy. Zakłady jednak naukowe téj stolicy, jéj rozległe i wzorowo urządzone szpitale w bardzo małym tylko stosunkowo stopniu zwracają ich uwagę na siebie, bo w całéj pełni wiąże ją wystawa higijeniczna, pod każdym względem godna widzenia i wielce pouczająca nie tylko dla lekarzy ale i dla nielekarzy. Dla tego téż budzi ona zajęcie i między ogółem publiczności większe może niż którakolwiek inna z wystaw fachowych, i licznie bywa odwiedzaną mimo że od jéj otwarcia już 5ty miesiąc upływa. Wątpić téż z tego powodu nie można, że przyczyni się ona wielce do pożądanego rozszerzenia wiadomości higijenicznych wśród ogółu społeczeństwa.

Wszelkiego rodzaju wystawy, a zwłaszcza fachowe, aby były istotnie pouczającemi, winny się od czasu do czasu powtarzać. Pojedyncze wystawy dają nam poznać stan i stopień rozwoju w ogóle lub w jakimś kraju téj nauki lub sztuki, któréj dotyczą, powtarzające się zaś wystawy pouczają nas o postępach, jakie zrobiono między jedną a drugą i w tém spoczywa właściwa korzyść, którą odnoszą zwiedzający takie wystawy, którym mimowoli nasuwa się ciągle porównanie między podobnemi lub jednakich przedmiotów dotyczącemi wystawami.

Wystawa berlińska jest pierwszą krajową wystawą higijeniczną, którą poprzedziły dwie międzynarodowe, jedna w Brukseli w r. 1876 a druga w roku zeszłym w Genewie. Okoliczność, iż wystawa berlińska już w roku przeszłym odbyć się miała, była zapewne powodem, że wystawa genewska skromne tylko przybrała rozmiary i bardzo słabe tylko, nawet w dziennikarstwie, wzbudziła zajęcie,— wystawę więc berlińską jedynie z wystawą w Brukseli porównać można.

Ważna zasadnicza między niemi zachodzi różnica a mianowicie ta, że wystawa brukselska była międzynarodową, gdy berlińska jest jedynie ogólno niemiecką, gdyż według programu obejmuje tylko przedmioty z Niemiec, Austro-Węgier i niemieckiéj części Szwajcaryi. Nadmienić nadto wypada, że Austryja jest słabo reprezentowaną a Szwajcaryja jeszcze słabiéj. Wystawa brukselska była okazalszą, większą, liczniejszą, pouczała o stanie higijeny w różnych krajach, co wszystko było wynikiem jéj międzynarodowego charakteru; wystawa berlińska, nie mając tak rozległego zadania, poucza nas, gruntowniéj niż tamta, na jak wysokim stopniu rozwoju stoją dziś urządzenia higijeniczne w krajach niemieckich i jak olbrzymie zrobiono pod tym względem postępy w ciągu lat 6, które dzielą obie wystawy od siebie.

Na jednéj i drugiéj z higijeną w ścisłém tego słowa znaczeniu złączono ratownictwo, w najobszerniejszém jego pojęciu, przez co zakres wystaw znacznie się rozszerzył, mimo to, tak w Brukseli jak w Berlinie, wystawiono wiele przedmiotów niemających z właściwą higijeną żadnego związku

lub tylko bardzo pośredni. Do tego rzędu policzyć wypada wiele narzędzi chirurgicznych, okulistycznych, przetwory farmaceutyczne, wody mineralne i t. p. przedmioty, bardzo zapewne dla specyjalistów ciekawe, ale jako zmierzające do leczenia chorób a nie do utrzymania zdrowia, są one mniéj odpowiednie na wystawie higijenicznéj. Zajmują one lekarzy, a z tego powodu pomieszczenie ich na wystawie higijenicznéj tłumaczy po części chęć zwiększenia liczby przedmiotów; prócz tych znajduje się atoli wiele okazów, co do których trudno zrozumieć, jakiby mogły mieć związek z higijeną lub medycyną. Pod względem liczby takich zbytecznych przedmiotów przewyższa wystawa berlińska wystawę brukselską.

Co do urządzenia, to na wystawie brukselskiéj łatwiéj było wyrobić sobie pogląd. Z jéj charakteru międzynarodowego wypływał układ według krajów, na wystawie berlińskiéj odpowiedni układ nastręczał trudności, według przedmiotów nie podobna było ułożyć okazów, bo nieraz wypadałoby przedmioty przez jednego wystawcę wystawione w kilku rozmaitych pomieścić oddziałach; przyjęto więc układ tego rodzaju, że każdy wystawca ma niejako swoją wystawę, przez co wyrobienie sobie poglądu jest bardzo utrudnione. Gdy już mowa o układzie, to nader szczęśliwym pomysłem nazwać wypada urządzenie czytelni i biblijoteki na wystawie berlińskiéj. W czytelni znajdowały się nie tylko pisma fachowe ale i polityczne, ilustrowane i beletrystyczne; strudzony zwiedzacz mógł tu znaleść przyjemną rozrywkę umysłową. Katalog téj biblijoteki pod kierunkiem sztabowego lekarza Dra Vilareta wydany przez osobny komitet liczy 144 stronnic druku w 8ce i stanowi cenny niejako podręcznik biblijograficzny nowszych dzieł z zakresu higijeny.

Zapatrując się ze stanowiska ogólniejszego na obie wystawy, to na brukselskiéj przeważała liczba przedmiotów do ratownictwa się odnoszących, zwłaszcza do ratownictwa na morzu, co łatwo się tłumaczy, bo sąsiednie z Belgiją kraje nadmorskie, jak Francyja, Anglija, Holandyja i t. d. licznych dostarczyły przedmiotów.

Jeszcze jednę ważną różnicę uwydatnić należy między wystawą brukselską a berlińską: na pierwszéj było więcéj przedmiotów z zakresu higijeny prywatnéj niż z zakresu higijeny publicznéj. W Berlinie przeważają wystawy miast, w ogóle rzeczy odnoszące się do higijeny publicznéj. Gdy w Brukseli jedynie, powiedzieć można, Paryż wystąpił z wystawą dającą pojęcie o jego urządzeniach higijenicznych, to na wystawie berlińskiéj mamy kilkanaście miast takich, których wystawy zaznajamiają nas, mniéj lub więcéj dokładnie, z ich higijenicznemi urządzeniami.

Ogólne wrażenie, jakie się odnosi z zwiedzenia wystawy berlińskiéj, jest daleko przyjemniejsze, nosi ona piętno więcéj naukowe niż wystawa brukselska, na każdym kroku spotyka się w Berlinie właściwą Niemcom gruntowność; dowodem tego liczne i pouczające wykazy statystyczne, plany i mapy dowodzące, iż obecnie wszystko, co dzieje się w Niemczech na polu higijeny, poprzedzają gruntowne badania i studyja.

Rozglądając dokładniéj którykolwiek dział wystawy, widzimy w każdym ogromny postęp od czasu wystawy brukselskiéj. Działy poniekąd zaniedbane, co do których w Brukseli mało bardzo było okazów, są tu świetnie reprezentowane, jak gdyby wystawa brukselska zwróciła uwagę na słabe strony rozwoju w niektórych działach. Dość wspomnieć tu higijenę rzemiosł, z zakresu któréj na wystawie tyle i tak pięknych jest rzeczy. Bardzo to pocieszający objaw i dobra zapowiedź dla dalszego rozwoju, bo i na wystawie berlińskiéj znajdą się działy, co do których dalszy rozwój byłby bardzo pożądany.

Zanim przejdziemy do przeglądu pojedyńczych działów, zwrócimy uwagę na to, że prócz wystawców niemieckiéj narodowości napotkać można nielicznych wystawców i z innych narodów. Dla nas najciekawszém byłoby poznać udział Polaków. Rzecz to jednak niełatwa, w katalogu spotkać można nazwiska z brzmieniem polskiém, ale to kryteryjum nie wystarcza, aby wystawców do narodowości polskiéj zaliczyć, odwrotnie też mogą nazwiska Polaków nie mieć brzmienia polskiego. Nawet gdybyśmy obok nazwiska także i miejsce pobytu uwzględnili, jeszcze nie będziemy pewni, że ustrzeżemy się pomyłki. Co do kilku nie można mieć wątpliwości i dla tego wymieniamy ich na tém miejscu. Dyrektor Akademii technicznéj w Krakowie p. Ziembiński wystawił przyrządy, które same sygnalizują wybuchły pożar, p. Adamczewski z Warszawy rysunki cmentarza z urządzeniem do palenia zwłok, a tenże wspólnie z p. Świecianowskim, także z Warszawy, model i rysunki przyrządu do odparowywania odchodów i odpływów.

Szczupłość tego zastępu tłumaczy się w zupełności charakterem wystawy berlińskiéj. — Na wystawie brukselskiéj, acz międzynarodowéj, udział Polaków nie był większy.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Komisyja sanitarna krakowska odbyła w dniu 16 b. m. pod przewodnictwem r. m. Dra Warschauera posiedzenie zwyczajne, na którém po załatwieniu drobnych spraw bieżących fizyk miejski Dr. Buszek podał do wiadomości cyfry odnoszące się do chorobliwości i śmiertelności w ostatnich dwóch miesiącach. z których się pokazuje, iż stan zdrowia publicznego w Krakowie jest pomyślny i że żadna z chorób zakaźnych nie przybrała cechy epidemii. W myśl odezwy Prezydenta miasta wybrano r. m. Dra Domańskiego i prof. Dra Olszewskiego delegatami do Komisyi proponowanéj przez Sekcyję szkolną Rady miejskiéj w sprawie przepełnienia i innych niedostatków higijenicznych szkół miejskich. R. m. Dr. Domański wniósł, aby ze względu na szkodliwy wpływ powszechnego u nas zaniedbania fizycznego młodzieży, na pewność zdania, że *mens sana* tylko *in corpore sano* a wreszcie na powszechny obowiązek służby wojskowéj. która wymaga jak największego zasobu sił fizycznych, przedstawić Radzie miejskiéj konieczność założenia w Krakowie szkoły pływania i wstawienia na ten cel odpowiedniéj kwoty do budżetu na rok 1884. Po długiéj i wyczerpującéj dyskusyi, w któréj prawie wszyscy obecni brali udział a Dr. Zarewicz proponował rozszerzenie wniosku przez dołączenie do niego nauki gimnastyki, szermierstwa i jazdy konnéj, przyjęto w zupełności wniosek r. m. Dra Domańskiego a wniosek Dra Zarewicza odesłano do Magistratu celem zdania zeń sprawy na jedném z najbliższych posiedzeń Komisyi sanitarnéj. Następnie wniósł r. m. Dr. Domański, aby z uwagi na bardzo zbawienny wpływ osad wiejskich na lato dla dzieci czyli tak zwanych kolonij wakacyjnych, które w ostatnich czasach pozaprowadzano w bardzo wielu miastach zagranicznych a z miast polskich w Warszawie, Komisyja sanitarna wzięła inicyjatywę w założeniu takichże osad dla Krakowa, tém więcéj, że urocze jego okolice przedstawiają wiele miejsc na ten cel przydatnych i że znana powszechnie dobroczynność publiczna i prywatna miasta z pewnością nie odmówi swego poparcia instytucyi prawdziwie pożytecznéj i dobroczynnéj. Wniosek ten przyjęto jednomyślnie bez dyskusyi i wybrano wnioskodawcę do przedstawienia Komisyi sanitarnéj sposobu, w jakiby sprawę tę należało przeprowadzić. W końcu ze względu na trafiające się od czasu do czasu przypadki, uchwalono przypomnieć publiczności zakaz stawiania doniczek z kwiatami w oknach otwartych lub odpowiednio nie zabezpieczonych.

○ Na propozycyję Rządu włoskiego co do zwołania do Rzymu w listopadzie r. b. międzynarodowéj konferencyi celem uregulowania międzynarodowych stosunków sanitarnych i ułożenia międzynarodowego kodeksu sanitarnego zgodziły się inne mocarstwa, wkrótce więc włoski minister spraw zagranicznych Mancini rozeszle odpowiedni okolnik. (*The Lancet*).

(γ) Użycie chininu zwiększa się. W roku 1881 zużyto w cywilizowanym świecie 120.000 kilogramów, w roku zaś 1877 tylko 70.000 kgr. Hodowla więc drzew chinowych powinna być jeszcze długo przedmiotem zysków dla kolonij. (*Gesundheit*).

○ Szereg niemieckich czasopism higijenicznych zostaje zwiększony nowém czasopismem. Prace naukowe higijeniczne oparte na podstawie doświadczalnéj i krytycznéj nie posiadały dotąd osobnego pisma, zamieszczano je po największéj części w *Zeitschrift f. Biologie*. Odtąd to ostatnie pismo poświęcone wyłącznie pracom o kierunku fizyjologiczno bijologicznym wychodzić będzie pod redakcyją prof. Voita i Kuhnego, prace zaś higijeniczne gromadzić będzie *Archiv f. Hygiene*, którego redaktorami są prof. Förster w Amsterdamie, Hofmann w Lipsku i Pettenkofer w Monachijum. Pierwszy zeszyt tego nowego czasopisma już się ukazał i zawiera kilka prac bardzo cennych.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 30 września do 6 października umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 23,3. Z ospy umarło 1 (2 z. t.): z płonicy 2 (4 z. t); z duru brzusznego 1 (0 z. t.); z czerwonki 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach ospy, 1 odry, 9 płonicy, 3 błonicy, 2 duru brzusznego, 1 czerwonki. W tygodniu od 23—29 września umarło 2 z ospy w Londynie. Leczyło się tamże w szpitalach 64, świeżo zapadło 10. W Brukseli i Saragosie umarło po 2, w Warszawie i Lizbonie po 3, w Paryżu, Birminghamie i Filadelfii po 4, w Nowym Orleanie 8, w Maladze 11, w Pradze 14, w Madrasie 36. Dur osutkowy pojawia się sporadycznie w Wiedniu, Amsterdamie, Warszawie, Bukareszcie, Maladze, Saragosie, Granadzie, Walencyi i Madrycie. Z cholery umarło w Aleksandryi od 16—22 września 10, w Bombaju od 15—21 sierpnia 96. Od 1—8 września doniesiono w Warszawie o 370 przypadkach chorób zakaźnych, o 50 przypadkach gorączek durzycowych, 4 duru osutkowego, 49 duru powrotnego, 7 odry, 8 płonicy, 1 ospy, 24 błonicy, 181 czerwonki, 14 choleryny, 6 krztuśca.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 23—29 września umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 33,1; w Warszawie 28,3; w Wiedniu 18,5; w Budapeszcie 26,0; w Pradze 25,8; w Tryjeście 29,8; w Berlinie 27,0; w Hamburgu 23,3; w Wrocławiu 29,5; w Gdańsku 25,4; w Monachowie 26,2; w Dreźnie 24,0. w Lipsku 25,6; w Bazylei 16,7; w Brukseli 20,3; w Amsterdamie 24,2; w Hadze 15,9; w Paryżu 19,4; w Londynie 16,6; w Kopenhadze 13,9; w Stokholmie 13,2; w Chrystyjanii 14.5; w Petersburgu 22,4; w Odesie 33,8: w Rzymie 27,0; w Wenecyi 20,8; w Bukareszcie 23,9; w Madrycie 35,1; w Lizbonie 29,0, w Aleksandryi 42,9; w Nowym Jorku 25,4; w Filadelfii 23,9; w Bombayu 34,0; w Madrasie 42,8. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**. d. 18 października. Nr. 41 Časopisu lek. česk. wyszedł na lepszym papierze i zawiera artykuł wstępny, witający rozpoczęcie wykładów w Wydziale lekarskim czeskim. Z umysłem mocno wzruszonym zaznacza redakcyja dzień pamiętny, dawno oczekiwany, w którym się otwierają bramy czeskiéj szkoły lekarskiéj; w radosnéj téj chwili nie chce wspomnieć o ciężkich utrapieniach i walkach, które toczyć musiano we własnym domu, zanim, dzięki potężnemu słowu Cesarskiemu, Czech stanął w radzie narodów, dążących do najwyższych celów ludzkości; zarazem zwraca słusznie uwagę na obowiązki wynikające z nowego porządku rzeczy dla uczących i uczniów. Jako pomyślną zapowiedź ze strony pierwszych uważamy treść numeru. Znajdujemy w nim prace: prof. fizyjologii Tomsy, zastępcy prof. anatomii patolog. Hlavy, prof. dermatologii Janovskiego, docenta chorób wewnętrznych Maixnera i asystenta prof. Eiselta Dra Thomayera. Do tegoż numeru dołączoną jest rycina przedstawiająca tablicę pamiątkową, która dnia 15 bm. umieszczoną została uroczyście na domu, w którym mieszkał i umarł Jan Ew. Purkyne, przyczém przemówił prof. Janovsky. — Podzielamy w zupełności radość naszych pobratymców i z całego serca życzymy im: Szczęść Boże!

* *Gazeta Lek.* donosi, że „Słownik lekarzów polskich“ doprowadzony do połowy przez śp. Kośmińskiego ukończony zostanie przez Dra Józefa Peszkego, który kierować będzie częścią literacką, podczas gdy nakład daje żona zmarłego. Pomyślną tę wiadomość zapisujemy z serdeczném życzeniem, aby ziściła się jak najprędzéj.

* Współpracownik nasz Dr. Fijałkowski osiadł jako lekarz praktyczny w Tyczynie.

* Do numeru niniejszego załącza się dla abonentów krajowych ogłoszenie, tyczące się kakao wyrobu van Houtena w Weesp w Holandyi. Polegając na doświadczeniu wielu kolegów możemy wyrób ten polecić jako pożywkę lekko strawną, mającą smak przyjemny.

(γ) Nagroda Riberiego. *La Gazetta degli Ospitali* donosi, że królewska Akademija lek. w Turynie jednogłośnie przyznała nagrodę Riberiego, wynoszącą 20.000 franków, (9.400 złr.), Drowi Giulio Bizzozero, prof. patologii w Uniwersytecie Turyńskim za jego dzieło o „Fizyjologii i patologii krwi“. (*The Lancet*).

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń**. Nominacyja prof. Edwarda Jägera-Jaxtthal na prof. zwyczajnego oftalmologii urzędownie ogłoszoną została. — **Berlin**. Dr. Albrecht Kossel, docent prywatny chemii fizyjologicznéj w Strasburgu, mianowany został prof. nadzw. i asystentem prof. Du Bois-Reymonda. Prof. Reichert otrzymał order korony 2éj kl. a prof. Waldeyer objął już czynności swoje jako jego następca. — **Marburg**. Docent prywatny Dr. Emil Gosser mianowany prof. nadzw. — **Gryfija**. Baron Preuschen, docent prywatny ginekologii, mianowany został prof. nadzw. — **Gietynga**. Prof. chirurgii König mianowany został tajnym radcą lekarskim. — **Rostok**. Profesorem anatomii mianowany został Dr. Brunn, dotychczasowy prosektor w Gietyndze. — **Zurych**. Prof. Huguenin z powodu słabości złożył profesurę kliniczną.

* **Nekrologija**. Podajemy wiadomość spóźnioną o śmierci dwóch zacnych kolegów, zmarłych już przed kilku miesiącami; nie mogliśmy wcześniéj wywiązać się z obowiązku oddania im ostatniéj czci, bo dopiero temi dniami otrzymaliśmy o ich zgonie doniesienie wiarogodne. Pierwszym z nich jest Dr. Bronisław Mackiewicz, członek korespondent naszego Tow. lek. urodzony d. 22 czerwca 1833 r. w guberuii wileńskiéj, ukończył nauki lekarskie w Moskwie w r. 1855; aż do roku 1863 kształcił się następnie za granicą a mieliśmy wówczas sposobność poznania go jako miłego towarzysza i światłego kolegę podczas pobytu dłuższego we Wiedniu. Za powrotem do kraju zesłany został na daleki wschód, gdzie przebywał lat kilkanaście; w r. 1878 uzyskał stopień doktora w Petersburgu i osiadł w Wilnie, gdzie umarł w maju rb. — W tymże samym wieku zmarł Dr. Samuel Ebersohn, krakowianin i wychowaniec szkół krakowskich. Ukończywszy nauki lekarskie w Uniw. Jagiell. osiadł jako lekarz praktykujący w Rozwadowie, gdzie przez lat 20 prawie używał zaufania i szacunku; późniéj przeniósł się na jakiś czas do Lwowa a ztamtąd do Rzeszowa, gdzie nagle umarł w kwietniu rb. W roku przeszłym widzieliśmy go po raz ostatni w Krakowie, dokąd przybył, aby wspólnie z kilkoma kolegami, którzy w tymże samym celu zjechali ze stron rozmaitych na zaproszenie koł. Dra Jawurka, obchodzić 25-letni jubileusz praktyki lekarskiéj. Był to kolega bardzo skromny, ale zacny i gorliwy w wypełnianiu swych obowiązków. Cześć ich pamięci!

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 41: Perkowskiego: Nadliczbowa cewka przebiegająca prącie przy cewce prawidłowo rozwiniętéj; W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 41: Gajkiewicza: Kilka uwag o porażeniu jednéj z kończyn ciała; Pacanowskiego: Wrodzone połączenie komórek sercowych (c. d.); Kramsztyka: Przejściowy astygmatyzm po wycięciu tęczy.

Redakcyja otrzymała:

Prof. Dr. L. RYDEL: Badanie narządu wzrokowego w celu rozpoznawania jego chorób. Wykłady kliniczne. Część I. (Osobne odbicie z Przeglądu Lek.), Kraków 1883, in 8vo str. 43. (Jest na składzie w księgarni Krzyżanowskiego po cenie 40 c. Dochód cały

przeznaczony na rzecz funduszu wdów i sierot po lekarzach, istniejący w Tow. lek. gal.).

Dr. Emil UNGAR (docent w Bonnie): Können die Lungen Neugeborener, die geethmet haben, wieder vollständig atelectatisch werden? (Osobne odbicie z *Viertelj. f. ger. Med.* 1883, Juli, October), in 8vo str. 55.

Dr. E. ZILLNER: Aus den Gefängnissen Deutschlands, Frankreichs u. Englands. Wiedeń 1883, in 8vo str. 7.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Ogłoszenie konkursu.

Rozpisuje się konkurs na posadę Sekundaryjusza i Asystenta przy tutejszym szpitalu na lat dwa, które przy zadawalającéj służbie mogą być przedłużone do lat czterech.

Do posady sekundaryjusza przywiązaną jest płaca 600 złr. rocznie z dodatkiem mieszkania opalanego w szpitalu, do posady zaś Asystenta 500 złr. rocznie bez żadnego dodatku.

Ubiegający się o te posady kandydaci powinni wykazać:

1) Wiek, stan i miejsce urodzenia.

2) Dotychczasowe zatrudnienie i znajomość języków krajowych.

3) Stopień Doktora medycyny, lub wszech nauk lekarskich, uzyskany na jednéj z Wszechnic Państwa austryjackiego.

Podania wnosić można do dnia 1 Listopada rb. na ręce Dyrekcyi szpitala tutejszego bezpośrednio lub za pośrednictwem władzy przełożonéj, jeżeli kandydat zostaje w służbie publicznéj.

Z dyrekcyi krajowego szpitala powszechnego.

Lwów, dnia 6 Października 1883.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 27 października 1883. № 43. Rok XXII.

I. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

O zachowaniu się gazów w żołądku ludzkim i o zastosowaniu tychże w celach rozpoznawczych i leczniczych.

Wykonał i podał Dr. W. Jaworski,
docent Uniw. Jagiell.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 42).

Doświadczenie 6. Wprowadzanie ozonu.

Ozon w tém doświadczeniu otrzymano przez bardzo wolne przeprowadzanie czystego tlenu pomiędzy dwie rurki szklane obłożone na zewnątrz cynfoliją i jedna w drugą wsunięte, podczas gdy przyrządem indukcyjnym przeprowadzano do cynfolij z przyrządu indukcyjnego iskry elektryczne. Tlen ozonizowany wchodził do flaszki mierniczéj wypełnionéj wodą przekroploną a ztąd w celu dokładniejszego zozonizowania powracał przez tę samą rurkę do drugiéj flaszki, a potém znów do pierwszéj, t. j. mierniczéj, co kilkakrotnie przez 2 godziny powtarzano. Po ukończeniu doświadczenia 6go, zbadano pozostały gaz we flaszce i znaleziono, że miał silną woń ozonu, a papierki ozonometryczne mocno zabarwiał.

A. Przed wprowadzeniem Oz do żołądka zdołano wyciągnąć z niego na czczo rano 44sz.cm. płynu białawego śluzowego oddziaływania alkalicznego; rozcieńczono w trójnasób wodą przekroploną przesączono i obliczono z rozbioru na 100sz.cm. pierwotnego płynu żołądkowego:

Alkaliczność: 16·5sz.cm. dziesiętnonorm. HCl.

Chloru: { 99sz.cm. dziesiętnonorm. azotanu srebr., czyli 0·3503gr. Cl.

Zużyto bowiem dla 20sz.cm. przesączu 1·1sz.cm. HCl dziesiętnonormalnego; a po wyparowaniu i zwęgleniu 50sz. cm. przesączu otrzymano pozostałość, którą wymyto 50sz.cm wody przekroplonéj i dla 20sz.cm. téj cieczy wypotrzebowano 6·60sz.cm. dziesiętnonorm. $AgNO_3$.

B. Zaraz po aspiracyi cieczy *A* i gazu ze żołądka zaczęto o 8 g. 55 m. wprowadzać Oz, polecając badanemu, aby tak długo spokojnie się zachował, aż senzacyje doznane staną się nieznośne, t. j. „dopóty, dopóki może wytrzymać“. To nastąpiło po wprowadzeniu 1320sz.cm. Oz pod ciśnieniem 20cm. słupka wody i ciepłocie 18°C. Badany przy téj ilości gazu doznał nietylko prężenia i parcia w dołku podsercowym, ale i w podżebrzu lewém, które opisywał jako rodzaj kłucia lub ugniecenia, nadto gaz obok sondy przez przełyk zaczął się wydobywać. Zaciśnięto więc ściskaczem sondę i wyciągnięto ją ze żołądka, poczém badany siedział spokojnie doznając od czasu do czasu odbijania „dziwnym“ gazem. O 9 g. 30 min. przystąpiono do aspiracyi i zdołano wyciągnąć tylko 24sz.cm. cieczy białawéj oddziaływania alkalicznego. Całą ilość téj cieczy dopełniono do 100sz.cm. wodą przekroploną i przesączono. Z przesączu oznaczonego chemicznie obliczono następujące zawartości dla cieczy żołądkowéj odniesione do 100sz.cm.

Alkaliczność: 16sz.cm. dziesiętnonormalnego HCl.

Chloru: { 86sz.cm. dziesiętnonormalnego roczczynu azotanu srebrowego czyli 0·2937gr. chloru.

Zużyto bowiem na 20sz.cm. przesączu 0·8sz.cm. HCl dziesiętnonormalnego, a 30sz.cm. przesączu odparowano i zwęgloną pozostałość wyługowano za pomocą 30sz.cm. wody, które spotrzebowały w dwóch oznaczeniach po 10sz.cm. przesączu 2·0, 2·0 dziesiętnonormalnego $AgNO_3$.

Porównywając ciecze żołądkowe przed i po wprowadzeniu Oz ze sobą okazuje się, że alkaliczność ich prawie się nie zmieniła, ale zawartość chlorków po wprowadzeniu Oz zmalała, czyli sok stał się więcéj rozrzedzonym.

C. W celu oznaczenia pozostałéj ilości soku w żołądku wprowadzono zaraz po wydobyciu cieczy *B* 100sz.cm. roczczynu Na_2SO_4, który odpowiadał 3·904 $BaSO_4$, wymięszano i wyciągnięto kilkadziesiąt sz.cm. płynu, które na połowę wodą przekroploną rozcieńczono, wykłucono i przesączono,

z przesączu otrzymano 1·294% $BaSO_4$ odniesione do cieczy żołądkowéj. Oznaczając wartości 3·909=P, a 1·294=p_2 i wstawiając we wzór: $x = 100 \left(\frac{P}{p_2} - 1\right)$ otrzyma się x = 201sz.cm. pozostałości, czyli 24 + 201 = 225 sz.cm. całkowitéj treści żołądkowéj w 35éj minucie po wprowadzeniu ozonu. Z czego wypada, że błona śluzowa żołądka silnie do wydzielania podrażnioną została.

Doświadczenie 7. Żołądek czczy.

W celu poznania stosunków w żołądku czczym badanego mężczyzny przy zwyczajnych warunkach, a mianowicie dla oznaczenia ilości w nim zawartego płynu, przedsięwzięto osobne doświadczenie.

A. Rano na czczo zdołano wyciągnąć ze żołądka 40sz. cm. cieczy śluzowéj nieco żółtawéj, mocno kwaśnéj, którą w trójnasób wodą przekroploną rozcieńczono mocno wykłucono i przesączono, a z przesączu chemicznie rozebranego na 100sz.cm. soku żołądkowego znaleziono:

Kwasoty: 14sz.cm. dziesiętnonormalnego NaHO.

Kw. solnego: 0·9511gr.

Chloru: { 100sz.cm. dziesiętnonorm. rozczynu $AgNO_3$ czyli 0·3539 Cl.

W dwóch oznaczeniach po 15sz.cm. przesączu zużyto 0·70 i 0·75 dziesiętnonormalnego NaHO i po 5·0sz.cm. dziesiętnonormalnego $AgNO_3$.

B. W celu oznaczenia ze żołądka niewyciągniętéj ilości soku żołądkowego wprowadzono 100sz.cm. rozczynu Na_2SO_4 odpowiadającego 1·750% Ba_2SO_4. Po zwykłém wymięszaniu wyciągnięto 90sz.cm. mętnawéj kwaśnéj cieczy, którą na połowę rozcieńczono i przesączono i na 100sz.cm. pierwotnéj cieczy znaleziono 1·400%$BaSO_4$, gdyż dwa oznaczenia po 20sz.cm. przesączu wydały 0·1414 i 01394 $BaSO_4$. Wstawiając wartości ze siarkanu barowego 1·750=P, a 1·400=p_2 we wzór $x = 100 \left(\frac{P}{p_2} - 1\right)$ wypada x = 25sz.cm. pozostałego płynu a ztąd całkowita ilość płynu znajdująca się w czczym żołądku w czasie aspiracyi:

40+25=65sz.cm.

III. **Kąpiel żołądka gazowa w celach leczniczych.**

Kilka wyżéj przytoczonych doświadczeń wykazuje, że gazy nie pozostają bez wpływu na błonę śluzową żołądka, a mianowicie Oz i kwas węglowy. Ozon zmniejsza alkaliczność soku żołądkowego, a CO_2 zadrażnia dodatnio błonę śluzową żołądka pobudzając ją do wydzielania soku mocno kwaśnego, mającego własność trawienia i przeciwgnilności w znacznym stopniu; następnie wywołuje uczucie łaknienia, miejscowe uczucie przyjemne i ogólną euforyję. Dla tego należałoby bliższą zwrócić uwagę na zastósowanie terapeutyczne gazów w chorobach żołądka, szczególnie kw. węglowego i w tym kierunku liczne przedsiębrać doświadczenia. Aczkolwiek można CO_2 zagęszczony we wodzie przez picie wprowadzać do żołądka, to jednak w téj formie podany, działać będzie mniéj energicznie, bo modyfikowany działaniem łagodzącém wody, jéj ciężarem i większém rozcieńczeniem gazu; chcąc zaś większą ilość gazu do żołądka wprowadzić, trzeba równocześnie obciążyć żołądek większą ilością wody, podczas gdy już i bez tego w patologicznym żołądku zwykle znaczna ilość płynu w żołądku jest nagromadzona; to téż wprowadzenie znów nowéj ilości płynu zapewne dla chorobowo zajętego narządu korzystném nie będzie. Użycie kw. węglowego uważałbym za wskazane w następujących objawach chorobowych żołądka:

1. Atonija błony mięsnéj żołądka w celu pobudzenia jéj do kurczliwości; doświadczenia bowiem z wodami kwaśnemi wykazały, że te prędzéj ze żołądka znikają niż woda przekroplona, co znaczy, że żołądek pod wpływem CO_2 doznaje energiczniejszego kurczenia się.

2. Brak soku kwaśnego w żołądku i ztąd wynikająca

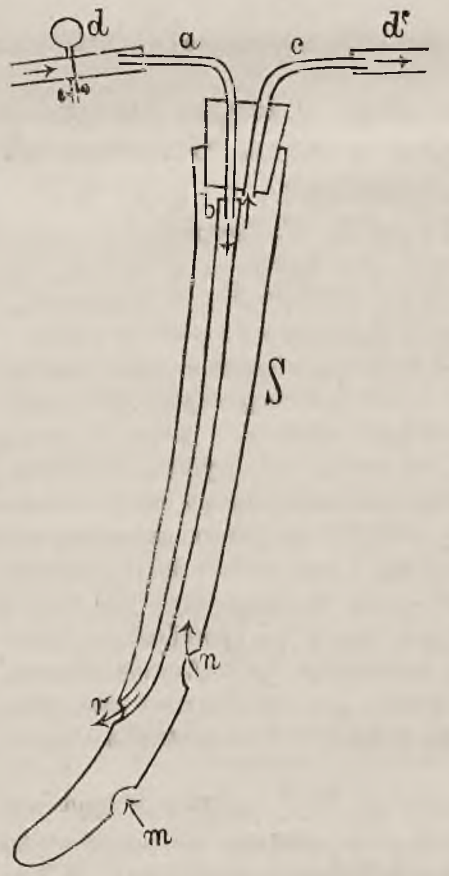
3. *Dyspepsia putrida*, w któréj treść żołądka przyjmuje woń białka rozkladającego się. W tych dwóch ostatnich przypadkach nietylko przyczynia się CO_2 do wydzielenia trawiącego kwasu żołądkowego, ale i do powstrzymania fermentacyi gnilnéj. W przypadku 2 i 3cim należałoby próbować jeszcze wprowadzenia Oz do żołądka.

4. Brak łaknienia w ogólności, jako środek empiryczny.

5. Dla usunięcia senzacyj nieprzyjemnych w żołądku, szczególnie u osób hypochondrycznych.

6. Dla uśmierzenia bólów tak kardyjalgicznych jakotéż w przypadkach raka żołądkowego.

Chcąc, aby żołądek przez kwas węglowy w celach leczniczych jak najmocniej był podrażniony, a przytém ściany na znaczną prężność nie były narażone, co w przypadkach niedowładu żołądka nie sprawiłoby skurczenia ścian a w niektórych przypadkach wrzodu lub raka byłoby nawet niebezpieczném, należy gaz przeprowadzić trwałym prądem w sposób wentylacyjny. W tym celu należy użyć sondy podwójnéj (*à double courant*), tak zwanéj wentylacyjnéj, któréj urządzenie przedstawia fig. 1. *S* jest sonda żołądkowa z miękkiego kauczuku o trzech okienkach *r*, *m*, *n*, zatkana korkiem kauczukowym *b* z dwoma otworami, przez które przechodzą dwie rurki szklane *a* i *c*; do rurki *a* znajduje się przystosowana cienka rurka kauczukowa *br* wewnątrz sondy przełykowéj przymocowana trzema szwami do okienka *r*; *d* i *d'* są rurki kauczukowe łącznicze, które mogą być dowolnie ściskaczami zamknięte. Postępowanie przy wentylacyi za pomocą téj sondy jest następujące. Wkłada się do żołądka sondę *S*, łączy się następnie rurkę *ad* ze zbiornikiem gazowym i przepuszcza powoli prąd gazu. Chcąc



mieć miarę i kontrolę chyżości przechodzenia gazu, należy między gazometr a rurkę *ad* wstawić flaszkę z wodą w postaci zwyczajnéj opłuczki. Chyżość prądu gazu jest wystarczającą, jeżeli bańki z wody tak szybko uchodzą, że je jeszcze policzyć można. Zdarza się podczas przeprowadzania gazu, że otworki *m* i *n* w sondzie zatykają się treścią żołądkową, dla tego trzeba odpływ gazu przez rurkę *cd'* zawsze kontrolować przez przystawienie ręki, a jeżeli gaz rurką nie uchodzi, należy na krótki czas rurki *ad* i *cd'*

zmienić, tj. rurkę *cd'* przystosować do zbiornika, tak aby ona była dopływową a rurka *ad* odpływową, skoro zaś wentylacyja jest znów w toku, należy sondę w pierwotne miejsce przywrócić. Dla tego najodpowiedniéj jest stosować kąpiel gazową do żołądka czczego lub wprzód dokładnie wypróżnionego lub rurkę *cd'* połączyć z przyrządem aspiracyjnym.

Jako zbiornika gazowego można użyć dogodnie gazometrów używanych w pracowniach chemicznych, albo flaszki do wywiązywania gazów, dolewając przez lejek wodę, albo przyrządu pneumatycznego Waldenburga, wypełniając dzwon jego gazem, albo przyrządu poniżéj podanego we fig. 2 do mierzenia pojemności żołądka, któryto przyrząd nadto pozwala mierzyć ilość do żołądka wprowadzonego gazu i stosować gaz przy różnéj ciepłocie. Z wprowadzaniem gazów do żołądka można połączyć wentylacyję tegoż parami takich istot np. olejków eterycznych, kwasów lotnych itd. w celu podniecenia lub zwolnienia funkcyi żołądka, które do żołądka wprost wprowadzone wywołują miejscowe zadrażnienie a po dłuższém użyciu nieżyt żołądka z powodu zbytecznego zgęszczenia, jak tego dowodem jest używanie ciągłe podniecających napojów lub istot korzennych. Taką wentylacyję skombinowaną można uskutecznić podobnie jak to polecił profesor tutejszego Uniwersytetu Dr. Domański dla wdychiwań przyrządem Waldenburga, dając wody gorącéj i równocześnie istot lotnych do zbiornika, z którego się gaz przeprowadza.

W praktyce lekarskiéj wykonywam przeprowadzenie kwasu węglowego ze syfonu z wodą sodową: łącząc dziubek syfonu z rurką *d* sondy wentylacyjnéj (fig. 1) wprowadzonéj do żołądka i otwierając z lekka syfon przeprowadzam kwas węglowy z wodą do żołądka przy *r* a uchodzi on rurką *d'* napowrót ze żołądka, zwłaszcza jeżeli rurka *d'* zostaje z aspiratorem żołądkowym połączona. W razie niewydostawania się gazu rurką *d'*, zmienić należy połączenie rurek w ten sposób, że *d'* łączy się ze syfonem, a *d* z aspiratorem żołądkowym. (C. d. n.)

II. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

XI.

Czy płuca noworodka, który oddychał, mogą stać się bezpowietrznemi?

Podał Prof. Dr. **Blumenstok**.

(Dokończenie. Patrz Nr. 42).

Chcąc dać obraz obecnego stanowiska kwestyi, o którą się tu rozchodzi, musimy naprzód rozpatrzyć się w materyjale dotąd zebranym. Materjał ten nie jest zbyt obfitym, ale przecież poważnym. Oprócz wspomnionego już przypadku Thomasa mamy przypadek Maschki (*Prager Viertelj.* 1862), tyczący się płodu 6-miesięcznego, który żył 2 godziny, poruszał się, a od czasu do czasu płakał; 7 przypadków Schrödera (*Deutsch. Archiv f. klin. Med.* 1869), a mianowicie: bliźnięta 26-tygodniowe, które żyły kilka godzin, dziecko 26—27 tygodn. żyło ½ godziny, dziecko „przedwcześnie“ urodzone, żyło 5 godzin, dziecko 17 cali długie i 5—10 łutów ważące, żyło 11¼ godzin; wreszcie u dwojga dzieci niedonoszonych, które krzyczały dość głośno, płuca okazały się w małym stopniu powietrznemi, podczas gdy w 7 przypadkach pierwszych (5 Schrödera, 1 Maschki i 1 Thomasa), tak samo jak w następnych 5 zupełny był brak powietrza; daléj są to 2 przypadki Heckera, jeden dawniejszy (*Virchowa Archiw* XVI, 1859, dziecko 7-miesięczne, żyło godzin 6) a drugi nowszy (*Friedreichs Blätter f. g. M.* 1876, dziecko 32-tygodniowe, żyło 28 godzin); 2 przyp. Ermana (*Virchowa Archiw* LXVI, 1876, trojęta 7½-miesięczne, jedno martwo urodzone, dwoje żyło przez ½ godziny), wreszcie 1 przyp. Bardineta (dziecko 8-miesięczne żyło 15 godzin). Jeżeli wykluczymy z przypadków Schrödera 2 ostatnie, w których płuca przecież nieco powietrza zawierały, a które niczego nie dowodzą, ponieważ dzieci te żyć mogły jakiś czas z częściową niedodmą, jeżeli następnie pominiemy przypadek Bardineta, co do którego Devergie podnosi zarzut, że próby płucnéj nie uskuteczniono należycie,—pozostaje jeszcze 11 przypadków nowszych, które uważać należy jako niewątpliwe, ponieważ opis ich pochodzi od lekarzy wiarogodnych, ponieważ następnie spostrzeżenia odbywały się po największéj części w zakładach położniczych, a wreszcie sekcyjom nic zarzucić nie można; w jednym nawet z przypadków spostrzeżonych przez Schrödera sekcyję wykonał Rindfleisch. Nie może więc ulegać zaprzeczeniu, że w tych przypadkach dzieci niedonoszone żyły przez czas krótszy lub dłuższy (od ½—28 godzin) i że po ich śmierci płuca okazały się bezpowietrznemi. Ale jeżeli życie było notoryjném, czy także oddychanie? Otóż Maschka, a za jego przykładem Liman, radziby przypuścić w tych przypadkach życie bez oddychania, a więc, że płuca musiały okazać się bezpowietrznemi, ponieważ i za życia wcale powietrza w sobie nie mieściły, kwilenie zaś starają się tłumaczyć obecnością powietrza li w jamie ustnéj i połykowéj; jeżeli zaś głośniejsze krzyczenie stwierdzono, a tém samém oddychanie przypuścić należy, wtedy bezpowietrzność płuc tłumaczą zwątrobieniem ich skutkiem przebytego zapalenia. Lecz jak niepodobna usprawiedliwić zarzut, że lekarze wspomnieni nie umieli rozróżnić zwykłéj niedodmy od zwątrobienia płuc, tak i teoryja o kwileniu, wywołaném przez powietrze zawarte li w jamie ustnéj i połykowéj, utrzymać się nie daje. Nie pozostaje więc nic innego jak przypuścić, że płuca oddychały i zawierały powietrze, które następnie w zupełności uszło; na fakt ten zgadza się obecnie największa część lekarzy sądowych i położników; rozchodzi się tylko o naukowe wytłumaczenie tego zjawiska bądź jak bądź nie zbyt częstego, w czém atoli napotykamy trudności nie małe. Zdawało się, że najprościéj i najpewniéj do celu prowadzącą będzie droga doświadczalna; drogę tę obrało téż kilku badaczy, ale z wynikiem tak sprzecznym, że dziś jeszcze zdanie Heckera, jako zjawiska tego drogą doświadczenia wywołać nie możemy, nie bardzo straciło na znaczeniu. Prawda téż, że do niedawna starano się głównie wywołać sztuczną niedodmę przez ucisk wielką siłą wywarty na płuca; a pomimo, że już Schröder słusznie zwrócił był uwagę na to, że podobne doświadczenia do niczego nie prowadzą, ponieważ wywierając wielki ucisk na miąższ płucny uciska się zarazem drobne oskrzela i czyni je niedrożnemi, a więc przez własne postępowanie uniemożebnia się osiągnięcie celu zamierzonego, Tamassia, w doświadczeniach swych, ogłoszonych w roku przeszłym, przecież tylko tym posługiwał się sposobem, nie korzystając z wyniku pracy Lichtheima nad niedodmą płucową, na któréj wielkie znaczenie i pod względem kwestyi uchodzenia powietrza z płuc noworodków pierwsi zwróciliśmy uwagę (*Real-Encyclopädie* 1881, tom VII, str. 419) i pomimo, że jak podaje, ta właśnie praca nasza stała się dlań zachętą do podjęcia

doświadczeń owych. Dlatego téż zdając pobieżną sprawę w Przeglądzie Lek. (Nr. 49 z r. 1882) z tych doświadczeń Tamassii, które wówczas znaliśmy tylko z doniesienia tymczasowego, zastrzegliśmy się co do ich wartości zwracając ponownie uwagę na wynik doświadczeń Lichtheima. Niczego téż nie dowodzi wynik badań Tamassii, według którego do wypędzenia powietrza z płuc noworodka potrzeba działania ciężaru 1—9 kilogr. przez 5—9 godzin, a têm mniéj uprawnionym jest jego wniosek, że doświadczenia te dowodzą, iż płuca, które raz oddychały, nie mogą stać się bezpowietrznemi.

Inną drogę obrał Dr. Ungar celem zbadania kwestyi w mowie będącéj (*Können die Lungen Neugeborner, die geathmet haben, wieder vollständig atelectatisch werden? Viertelj. f. ger. Med.* 1883, April, October). Zastanawia on się nasamprzód nad têm, którędy powietrze z płuc uchodzi. Pod tym względem spotykamy się z dwiema teoryjami: Według Krahmera powietrze uchodzi oskrzelami, według Lichtheima zaś przez ściany pęcherzyków płucnych. Więcéj niż ćwierć wieku minęło, odkąd Krahmer (*Handb. d. gerichtl. Med.* Braunschweig 1857, str. 127), podał, że u płuc królika wolno zawieszonych elastyczność włókien wystarcza do zupełnego wypędzenia powietrza, tak że przyrząd ten staje się bezpowietrznym, jak w stanie płodowym i tak w całości jako też porozkrajany na drobne kawałki tonie we wodzie; że jeżeli drogi oddechowe są całkiem drożnemi, skutkiem powolnego kurczenia się włókien powietrze uchodzi z pęcherzyków do tchawicy. Hofmann (w dziele swojém) przypominając to doświadczenie Krahmera wskazuje nadto na fakt, że z płuc sztucznie wydętych większa część powietrza znów uchodzi, gdy płuca wydymać przestajemy, daléj na fakt, że płuca noworodka są bardziéj elastyczne aniżeli człowieka, który już przez czas dłuższy oddychał, wreszcie na możność częściowego ujścia powietrza po śmierci, a raczéj podczas sekcyi dopiero, skoro widzimy, że i u dorosłych po otworzeniu klatki piersiowéj płuca zapadają się, jeżeli w tchawicy nie ma przeszkody. Również Thomas i Schröder w znaném tłumaczeniu zjawiska, które nas zajmuje, polegają wyłącznie na działaniu elastyczności tkanki płucnéj, i przypuszczają ujście powietrzne jedynie drogą oskrzeli. Lichtheim przeciwnie przekonawszy się, że powietrze uchodzi z płuc zawieszonych w komórce wilgotnéj po podwiązaniu dróg oddechowych, wykluczył uchodzenie zupełne powietrza oskrzelami i dowodził konieczności wydalania się jego przez ściany pęcherzyków płucnych drogą wymiany gazów między powietrzem w pęcherzykach zawartém a atmosferą zewnętrzną. Ungar powtórzył jego doświadczenia, stosując je do królików nowonarodzonych. Za słusznością zdania Lichtheima przemawiały następujące proste doświadczenia: 1) Płuca królika po podwiązaniu tchawicy i opłóczeniu w 1% rozczynu tymolu zawieszone w komórce wilgotnéj, po upływie 7—9 dni okazały się całkiem niedodmowemi. 2) Płuca zawieszone pod oliwą z tchawicą niepodwiązaną i wolno z powietrzem komunikującą w tymże czasie mało utraciły powietrza. 3) Płuca, u których w skutek opłóczenia w silnym wyskokowym rozczynie tymolu warstwy powierzchowne ścinały się, zawieszone w komórce wilgotnéj, po upływie dni kilku okazały się w zupełności powietrzem wypełnione. Ungar wyklucza daléj pęcznienie płuc jako przyczynę uchodzenia powietrza, a jeżeli pomimo że działanie siły elastycznéj pęcherzyków nie ustaje, jak twierdzi Lichtheim, aż do ustąpienia ostatniéj bańki powietrznéj, powietrze przecie nie uchodzi oskrzelami, to musi istnieć zapora, zamykająca światła oskrzelowe; opierając się na doświadczeniu Gerlacha sądzi, że w płucach, które w skutek niedowładu ruchów oddechowych nie biorą udziału w rozszerzaniu się wdechowém klatki piersiowéj przerwaną jest komunikacyja pomiędzy pęcherzykami a grubszemi oskrzelami, tak że z jednéj strony powietrze uchodzi przez ściany pęcherzyków, a z drugiéj w miejsce powietrza ustępującego nie wchodzi powietrze atmosferyczne. Szeregiem doświadczeń dowodzi możności ustąpienia całkowitego powietrza, pomimo że nie istnieje zapora sztuczna lub chorobowa, oddzielająca miąższ płucny od powietrza zewnętrznego, jak niemniéj wykazuje, że w skutek zmniejszenia się objętości płuc nie powstaje próżnia, lecz że równocześnie zmniejsza się i objętość klatki piersiowéj, że więc odpada jeden z głównych zarzutów, podniesionych przeciw możności powrotu płuc do stanu płodowego.

Drugą wątpliwością, która się nasunęła, było pytanie, czy po wykluczeniu obydwóch płuc z wymiany gazów krążenie krwi trwać może dosyć długo jeszcze, aby wchłanianie powietrza w płucach pozostałego odbywać się mogło. Za możnością tą przemawiają: 1) znana większa odporność noworodków w obec wpływów zamartwiczych; 2) znaczna wytrwałość ich serca; 3) wpływ ruchów kardyo-pneumatycznych na wymianę gazów krwi i powietrza zewnętrznego nawet po zupełném ustaniu ruchów oddechowych, jeżeli tylko serce jeszcze się kurczy; 4) możność szybszego wypróżnienia się pęcherzyków płucnych u noworodków (u nich bowiem średnica pęcherzyków jest 3—4 razy mniejszą, podczas gdy średnica naczyń włosowatych jest bezwzględnie większą aniżeli u dorosłych); 5) powolne ustawanie ruchów oddechowych i niedostateczny rozwój przyrządu oddychania u noworodków niedonoszonych i słabo rozwiniętych, a o takie istoty rozchodzi się po największéj części.

Powolne ustawanie ruchów oddechowych wywoływał Ungar u zwierząt przez stósowanie podskórne małych dawek kurary, i aby nie wywierać wpływu szkodliwego na krążenie krwi ograniczał ruchy oddechowe przez stopniowo zwiększane, mechaniczne tamowanie takowych za pomocą pasków przylepcowych, któremi zwierzętom ściągał brzuch i klatkę piersiową. W ogóle starał się usunąć wszystkie wątpliwości, które mu się na każdym kroku nasuwały, a postępując cierpliwie usiłował dotrzeć do celu; jeżeli zaś w końcu dochodzi do wniosku, że powrót płuc do stanu niedodmowego jest możebnym, jeżeli więc potwierdza spostrzeżenie Thomasa i Schrödera, tłumacząc je atoli w inny sposób, a mianowicie zgodnie z Lichtheimem, to trudno mu nie wierzyć, skoro doświadczenia i rozumowania jego bardzo przemawiają do przekonania. Z têm wszystkiém nie zdaje nam się, jakoby sprawa była już ostatecznie rozstrzygniętą: naprzód wypada skontrolować doświadczenia jego, a potém zachodzi pytanie, czy wnioski jego wysnute z doświadczeń na zwierzętach można stósować bezwzględnie i do człowieka. Wprawdzie tę ostatnią wątpliwość Ungar sam podnosi; ale usuwa ją natychmiast, twierdząc, że u noworodka ludzkiego korzystniejsze jeszcze aniżeli u zwierzęcego istnieją warunki dla zupełnego pochłaniania powietrza w płucach zawartego. Jakkolwiek atoli praca jego budzi bez porównania większe zaufanie aniżeli wspomniona wyżéj praca Tamassii, do przeciwnego dochodząca wniosku, jednak trudno zataić że nie wszystkie jego rozumowania wytrzymują krytykę; tak np. nie zdaje nam się być ściśle prze-

prowadzonym dowód, iż przy słabszych ruchach oddechowych ustaje związek pomiędzy pęcherzykami płucnemi a oskrzelami większemi, czyli że wtedy takie same zachodzą stosunki, jak u zwierząt, u których po otwarciu klatki piersiowéj sztuczne zastósowano oddychanie (Gerlach), a dowód ten byłby bardzo ważnym.

Choćby jednak tłumaczenie zjawiska mimo pięknéj pracy Ungara nie było jeszcze całkiem wyczerpującém, to przecież zjawisko samo, jak wyżéj wspomnieliśmy, już zaprzeczeniu ulegać nie może, a przypadek, który podaliśmy, byłby 12ym z kolei w nowszych czasach opisanym. Co ważniejsza, przypadek ten jest pierwszym odnośnym przypadkiem sądowolekarskim, a więc dowodzi, że kwestyja w mowie będąca ma znaczenie nie tylko teoretyczne, ale może mieć i znaczenie praktyczne. Ściśle rzecz biorąc, słusznie ma Ungar, że odtąd lekarz sądowy nie będzie miał prawa na podstawie samego wyniku sekcyi twierdzić, że dziecko nie oddychało, i powinien raczéj ograniczyć się do orzeczenia ostrożnego: że sekcyja nie dostarczyła dowodu, iż oddychanie miało miejsce. Niemniéj atoli jest prawdą, co przed kilku laty wyrzekł już Hecker, że powrót płuc do stanu niedodmowego jest zjawiskiem zbyt rzadkiém, aby ono mogło zmniejszyć znaczenie próby płucnéj; przy wyniku jéj ujemnym bowiem nikt nie odważy się twierdzić, że dziecko oddychało, chyba, jeżeli jak w przypadku naszym, oddychanie stwierdzoném zostanie przez świadków wiarogodnych. Ale jak pisząc o téj kwestyi przed 2 laty przepowiedzieliśmy, że nawet w razie należycie stwierdzonego oddychania matka przyznająca się do zamordowania dziecięcia nie będzie uznana przez przysięgłych winną morderstwa, jeżeli usłyszą, że płuca były bezpowietrznemi, a tém samém, że dziecko powoli umierało i może nie żyło już, kiedy matka gwałt mu zadała (*Realencyclopädie* l. c.), — tak téż i w naszym przypadku Sąd zaniechał dalszego śledztwa nie podając wcale sprawy ocenieniu przysięgłych.

Praktyczniejszą jest inna uwaga Ungara. Ponieważ częściowe pochłanianie powietrza płucnego nierównie częściéj zdarzać się może aniżeli zupełne, więc wniosek dotychczas uchodzący za uprawniony, jako płuca częściowo niedodmowe dowodzą, że płuca nie odychały dobrze, traci podstawę swoją.

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Ackermann (w Hali): **Tkankorództwo i histologija mięsaków.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 42).

Co się tyczy mięsaków, w których przeważa utkanie śluzakowe, to one o tyle utraciły samoistne znaczenie, że mucyn wykryto w każdéj prawie tkaninie należącéj do rzędu tkanki łącznéj, a więc także w tkance kostnéj i chrzęstnéj, a Köster wykazał, że masa galaretowa, któréj śluzaki zawdzięczają swoją nazwę, nie jest niczém inném, jak właśnie mucynem przesiąkniętym surowicą. Im tkanka łączna jest bardziéj wiotką, tém mniejszy opór stawia wytworzeniu się takiéj zmiany i wtedy najlepiéj uwydatniają się komórki gwiazdkowate i wrzecionowate z długiemi wypustkami a między niemi widzieć można odosobnione lub w grupach ułożone komórki okrągłe wielkie i małe, które właśnie w tych przypadkach tak dalece się różnią od komórek włóknotwórczych, że nie podobna ich uważać za identyczne z niemi. Prócz tego można widzieć pod drobnowidem bardzo często, że komórki w większéj liczbie są ułożone koło nowo wytworzonych naczyń krwionośnych, co téż dowodzi, że rozwój mięsaków zależy od tych naczyń. Jak wspomniano, pojedyńcze wiązki mięsaków posiadają powłokę z komorek śródbłonkowych kształtu podłużnego z włóknistemi wypustkami, otaczających przestwory limfatyczne. Niekiedy tracą te komórki swą postać przybłonkową i przybierają kształt więcéj nieregularny, czasem sześcienny lub nawet wałeczkowy, skutkiem czego nowotwór przybiera postać budowy gruczołu mieszkowego. Kolaczek (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, B. 9), który opisał te nowotwory pod nazwą *angiosarcoma*, zapatruje się inaczéj na opisane twory komórkowe, uważając je za komórki śródbłonkowe naczyń krwionośnych; znalazł bowiem wielokrotnie w przestworach między niemi zawartych ciałka krwi, a nawet w jednym przypadku wyraźne przejście bezpośrednie wałeczków komórkowych w siatkę naczyń włosowatych. A. obserwował podobny przypadek nowotworu prącia, lecz tłumaczy go proliferacyją komórek wśród naczyń krwionośnych i dla tego nazwa *sarcoma intravasculare* jest według niego więcéj odpowiednią. Prócz tych napotykamy nie zbyt rzadko nowotwory, polegające na proliferacyi komórek śródbłonkowych mniejszych naczyń limfatycznych; ponieważ te często okazują budowę siatkową, przeto uważano je przez długi czas za nowotwory rakowe, którato nazwa w obec nowych zapatrywań, odróżniających ściśle nowotwory złożone z komórek tkanki łącznéj od komórek przybłonkowych, żadną miarą ostać się nie może; najodpowiedniéj jest nazywać *endothelioma v. sarcoma lymphangiomatosum.* Pierwotne ich ogniska powstają najczęściéj na błonach surowiczych jako guzki bardzo różnéj wielkości i w bardzo znacznéj ilości, i mogą tworzyć przerzuty, co łatwo pojąć w obec tego, że tworząc się w naczyniach limfatycznych posuwają się za prądem limfy, podobnie jak cząstki śródbłoniaków naczyń krwionośnych porywa ze sobą prąd krwi. Wreszcie i sam nowotwór może przebić ścianę naczynia i następnie szerzyć się drogą naczyń krwionośnych.

Wielokrotnie zadawano sobie pytanie, czy komórki składające nowotwór przerzutowy powstają skutkiem mnożenia się komórek nowotworu pierwotnego bezpośrednio, czy też raczéj skutkiem mnożenia się komórek dawniéj w odnośném miejscu będących. Virchow (*Cellularpathologie*, 2gie wyd.) przyznaje się do ostatniego sposobu zapatrywania; podobnie i Gussenbauer (*Uber die Entwickelung der secund. Lymphdrüsengeschwülste. Prager Zeitschr. f. Heilkunde.* B. 2. 1882). Pytanie takie chciano rozstrzygnąć za pomocą doświadczeń. A. zeskrobany przybłonek z języka wprowadzał do tętnicy płucnéj lub do jamy otrzewnowéj zawsze ze skutkiem ujemnym, bo po dłuższym czasie następowało zupełne prawie wessanie. Cohnheim i Maas wkładali kawałki okostnéj do rozgałęzień tętnicy płucnéj; poczém wytwarzała się tkanka kostna do trzeciego tygodnia, późniéj jednak następowało wessanie. Następnie wykazał Zahn i Leopold (*Virch. Arch.*, T. 85), że kawałki tkaniny dorosłych zwierząt nie mogą wprawdzie się rozrastać w inném zwierzęciu, lecz za to pewne embryjonalne tkaniny, zwłaszcza tkanka kostna i chrząstka, mogą się równie w tych samych zwierzętach jak innych trwale rozwijać, co dowodzi, że rozwój przerzutów zależy raczéj od jakości saméj tkaniny nowotworowéj, a mianowicie zdolności rozmnażania się jéj komórek, nie zaś, jak Cohnheim twierdzi, od odporności innych tkanek ustroju.

Aby zrozumieć przyczyny powstawania nowotworów, przechodzi A. po kolei wszystkie przypuszczenia, które robiono, aby wytłumaczyć nowotworzenie się tkanin w ogóle. Według Cohnheima najważniejszym warunkiem tegoż jest przekrwienie; lecz ta okoliczność, że przekrwienie, np. po przecięciu nerwu współczulnego na szyi i innych nerwów naczynioruchowych, nie wywołuje nowotworzenia się tkanin, dowodzi, że przekrwienie jest co najwięcéj warunkiem pomocniczym. Inni badacze kładą nacisk na to, że głównym warunkiem nowotworzenia się jest ubytek, lecz twierdzenie to nie da się zastósować do wszystkich przypadków, bo jakże np. z niém pogodzić słoniowate zgrubienie.

Jeżeli nowotworzenie się tkanin przy odrastaniu powstaje przez mnożenie się ich elementów, to nie możemy zaprzeczyć, że nowotwory w podobny sposób się mogą rozwijać, mimo tego że nie możemy wykazać w nich komórek embryjonalnych. Rozpoczynający się rak skórny stanowi mały płaski guz, składający się z mnóstwa powiększonych komórek przyskórkowych i nagromadzonych w sąsiedniéj tkance łącznéj, a niektóre mięsaki w początkowym okresie swego rozwoju tak są podobne do świeżéj tkanki ziarninowéj, że gdyby je chciano wyprowadzać z resztek embryjonalnych komórek, trzebaby przypuścić, że te ostatnie znajdują się także i w tkance ziarninowéj. Wprawdzie, jak wiadomo, często znajdujemy w mięsakach komórki okrągłe podobne do ciałek białych, których nie można odróżnić na razie od komórek embryjonalnych, lecz one nigdzie nie okazują przejść do komórek wrzecionowatych, podczas gdy Boll (*Archiv f. mikrosk. Anatomie*, 8 T.) wykazał, że komórki embryjonalne zwykléj tkanki łącznéj już bardzo wcześnie tworzą wrzecionowate wypustki i przybierają cechę komórek włóknotwórczych. (Dok. nast.)

K o c h: **Sprawozdanie komisyi wysłanéj do Egiptu przez Państwo niemieckie celem zbadania etyjologii cholery.**

W czasie przybycia komisyi do Egiptu zaraza już srożyć się ustawała, to też nie można było spodziewać się, aby prace komisyi, mającéj śledzić etyjologiję cholery, uwieńczone były należytym rezultatem już to z powodu braku materyjału do badania, już też to z powodu nieodpowiedniéj pory do badań nad etyjologiją choroby, które z początkiem epidemii podjąć należało. Pierwotny plan komisyi ograniczał się tedy do przedsięwzięcia studyjów przedwstępnych, aby je potém spożytkować w miejscach, gdzie cholera świeżo mogła wybuchnąć, a do przeprowadzenia tego planu przyczynili się w znacznéj części lekarze szpitala greckiego, dostarczając komisyi materyjału chorych cholerycznych, leczonych tamże, i pozwalając zużytkować naukowo zwłoki zmarłych z cholery. W dwóch pokojach szpitala greckiego rozpoczęła zrazu komisyja swoje prace. W jednym z nich umieszczono zwierzęta przeznaczone do doświadczeń, w drugim przedsiębrano badania mikroskopowe. Późniéj musiano z powodu zwiększającéj się liczby zwierząt użytych usunąć ostatnie w inną część szpitala. Dwunastu chorych i 10 zwłok zmarłych z cholery stanowiło materyjał do badania, a objawy spostrzegane u pierwszych były typowemi objawami cholery azyjatyckiéj. Badano krew, wymiociny i stolce chorych, wkrótce jednak okazało się, że krew nie zawiera wcale istot obcych, w wymiocinach znaleziono małą tylko ilość mikroorganizmów, przeciwnie w stolcach znaleziono je w znacznéj ilości i tych też używano do doświadczeń nad przenośnością jadu cholerycznego.

Przypadek zrządził, że zwłoki zmarłych z cholery, które poddano sekcyjom, pochodziły z ludzi rozmaitych narodowości, rozmaitego wieku i po odmiennie długim przebiegu choroby. Chcąc uniknąć wszelkich przeszkód w badaniu, wywołanych przez gnicie, podejmowano obdukcyje zaledwie w parę godzin po śmierci, tak że badanie mikroskopowe jelit, które bywa przez zmiany gnilne nader utrudnioném, można było podjąć z dobrym skutkiem. Jak przebieg za życia tak téż wyniki sekcyj stwierdziły niewątpliwie, że miano do czynienia z rzeczywistą cholerą azyjatycką, wcale zaś nie z przypadami podobnemi do cholery, jak to niektórzy z początku sądzili. We krwi, płucach, śledzionie i innych narządach, w których znajdują się pasorzyty drobnowidowe w przebiegu innych chorób zakaźnych, nie znaleziono ich w tych zwłokach. W płucach znaleziono parę razy bakteryje, ale jak się okazało, dostały się one tamże przez aspiracyję wymiocin; w treści jelit i stolcach znaleziono każdym razem bardzo wielką ilość pasorzytów mikroskopowych, należących do rozmaitych rodzajów, żaden jednak rodzaj nie był reprezentowany w znaczniejszéj ilości.

Najważniejsze zmiany znaleziono w jelicie. W przypadkach badanych z wyjątkiem jednego, w którym śmierć nastała dopiero z następstw głównéj choroby, znajdowano zawsze pewien rodzaj bakteryj w ścianach samego jelita. Bakteryje te postacią zbliżają się do prątków, a najpodobniejszemi są do prątków nosacizny. W przypadkach, w których przedstawiało jelito makroskopowo zmiany wcale nieznaczne, znajdowały się prątki we wnętrzu gruczołów łagiewkowych i drażniły je w sposób właściwy, czego domyślać się należy z nagromadzenia się w tych gruczołach licznych komórek okrągłych o wielu jądrach. Prątki znajdowano również pod przybłonkiem jelita, drążyły one bowiem pomiędzy przybłonkiem a osłonką gruczołów. Na powierzchni i wśród utkania kosmków widziano je zawsze w znacznéj ilości, a w przypadkach z nader gwałtownym przebiegiem, w których znaleziono makroskopowo wybroczyny wśród błony śluzowéj jelita, znajdowały się prątki w niezmiernéj ilości i przenikały wszystkie pobliskie tkaniny, miejscami aż do warstwy mięsnéj jelita. Główną siedzibą zmian tego rodzaju bywał dolny koniec jelita cienkiego, a zupełny brak zmian gnilnych i okoliczność, że sekcyje wykonywano wkrótce po śmierci, usuwają wszelkie wątpliwości co do znaczenia znalezionych pasorzytów. Już przed rokiem znalazł K. takie same prątki w jelitach pochodzących z osób zmarłych z cholery w Indyjach, badając te jelita przesłane wprost z miejsc zarazą dotkniętych, a wykazanie takich samych prątków w jelitach chorych w Egipcie uważa za jeszcze jeden dowód stwierdzający identyczność téj zarazy z cholerą indyjską. Jakkolwiek małą ilość zwłok zdołano zbadać, sądzi K., że p r ą t k i z n a l e z i o n e s t o j ą b e z s p r z e c z n i e w z w i ą z k u z e s p r a w ą c h o r o b o w ą, gdyż nie znaleziono ich w przypadku, w którym śmierć nastała w pewien czas po ustąpieniu objawów cechujących cholerę. Że prątki znalezione w jelitach są przyczyną cholery, tego twierdzić nie można, rzecz mogłaby również mieć się wprost przeciwnie, mogłaby bowiem sprawa chorobowa wywołać w jelicie tego rodzaju zmiany, że rozgoszczenie się i bujanie pewnego rodzaju pasorzytów, których rozmaite rodzaje znajdują się zawsze w jelicie, mogłoby być znacznie ułatwioném. Rozstrzygnąć możnaby tę kwestyję tylko przez szczepienie pasorzytów odosobnionych z jelita i wyhodowanych w odpowiedni sposób. Rzeczywiście też podejmował autor szczepienia takie używając do nich królików, psów, kotów, małp i myszy, za-

wsze jednak bez najmniejszego skutku, co się zgadza z rezultatami szczepień podejmowanych przez wielu innych autorów. Tylko Thiersch miał spostrzedz, że myszy szczepione ulegały wśród przypadków cholery, a mając na względzie te doświadczenia przywiózł K. z Berlina 50 myszy, które jednak zaszczepione miały się jak najlepiéj. Małpy wrażliwe na przyrzut duru powrotnego i ospy ludzkiéj nie okazały się wrażliwemi na szczepienie domniemanego przyrzutu cholery, jak niemniéj kury i psy, jakkolwiek do szczepień i żywienia używano wymiocin lub stolców już to z ludzi żyjących, już téż to ze zwłok świeżych lub nawet pasorzytów sztucznie hodowanych.

Że przyrzut cholery musi tkwić w stolcach cholerycznych, to jest już dostatecznie stwierdzoném wieloma doświadczeniami, a K. obserwował również przypadek cholery u praczki zajętéj praniem bielizny osób chorób i zanieczyszczonéj ich pościeli. Niepowodzenie szczepień należy przypisać tylko dwom okolicznościom a mianowicie temu, że zwierzęta używane nie są wrażliwemi na ten przyrzut albo téż, że nie znaleziono dotąd właściwego sposobu zakażenia, należy tedy tak w jednym jakotéż w drugim kierunku podjąć na nowo te doświadczenia na większy rozmiar, do czego już materyjał chorych w Egipcie nie mógł wcale posłużyć.

Za innym jeszcze sposobem tłumaczenia tego niepowodzenia przemawiają okoliczności. Wiadomém jest, że cholera ustępuje z okolic nawiedzonych, zanim ją wszyscy mieszkańcy przebyli, a jakkolwiek przyrzut jest prawdopodobnie rozpostartym zrazu w wielkiéj ilości, gaśnie zaraza pośród wielu ludzi, którzy jéj dotąd wcale nie przebyli. Zjawisko to można wytłumaczyć w ten sposób, że z ustawaniem zarazy słabnie jéj przyrzut, a przynajmniéj, że działanie jego nie jest tak pewném jak z początku. Jeżeli tedy wśród wygasania zarazy są już ludzie mniéj wrażliwymi na przyrzut cholery, przypuścić należy, że to samo zachodzi także u zwierząt, a jeżeli tak jest, to żywienie lub szczepienie przyrzutu z początkiem wybuchu zarazy byłoby bez wątpienia uwieńczone lepszym rezultatem aniżeli podejmowane wśród jéj wygasania.

Badania podjęte właśnie przez Kocha nie załatwiły jeszcze sprawy, jeszcze daleko do praktycznego zastósowania tych rezultatów, jednak w tych warunkach należy te badania uznać za zupełnie zadowalające, gdyż uczyniły zadość pierwotnemu założeniu, a mianowicie dozwoliły wglądnąć i zoryjentować się w téj sprawie. Dalsze badania w Egipcie uważa K. za niemożliwe, gdyż w osadach górnego Egiptu, gdzie się jeszcze zaraza sroży, napotykają one na trudności bardzo znaczne, już z powodu uciążliwych warunków klimatycznych, w większych zaś miastach Egiptu zaraza zupełnie wygasła. Pozostawałoby tylko, celem przedsięwzięcia dalszych badań, udać się do Indyj wschodnich, gdzie w niektórych miastach, np. w Bombaju, cholera jeszcze się sroży tak, że nie należy się obawiać szybkiego jéj ustania.

Korzystając z nastręczającéj się sposobności badał K. w Egipcie etyjologię innych chorób zakaźnych i tak np. znalazł w dwóch przypadkach czerwonki z zejściem śmiertelném osobliwe pasorzyty w schorzałéj błonie śluzowéj, należące do prątków ale dotąd nieznane. Poddał dokładnemu badaniu zwłoki trzech osób zmarłych z durzycy z żółtaczką (*biliöses Typhoid)*, podobnéj bardzo do żółtéj febry i poszukiwał mikroorganizmów w powietrzu i wodzie Aleksandryi. (*Deutsche med. Zeitung*, Nr. 42, 1883). *Dr. Schaitter.*

Pereyra: **O leczniczém stósowaniu jodoformu.**

Z licznych doświadczeń autora okazuje się na nowo znakomite działanie tego środka w niektórych cierpieniach rogówki, mianowicie w mięsakach, wrzodach, osobliwie zaś w ropniach i zapaleniach rogówki ropnych z nagromadzeniem ropy w komórce przodkowéj. Mniéj zadowoliło go działanie w cierpieniach spojówki (ślozotok, zapalenie mieszkowe i jaglicowe), w których leczeniu nie mógł się obejść bez stósowania środków doświadczeniem uświęconych, jak azotan srebrowy i siarkan miedziowy. Podobnie nie można zawsze zalecać jodoformu w przypadkach łuszczki pryszczykowéj i jaglicowéj, podczas gdy okazał się skutecznym w zapaleniach rogówki z wytworzeniem naczyń (*Kerat. vasculosa*) i złuszczeniem przybłonka. W ogólności jodoform okazał się autorowi znakomitym środkiem zmniejszającym zadrażnienie i kojącym bóle. P. stósował go w postaci proszku albo maści (1 na 8 waseliny). Wielkiéj wagi jest spostrzeżenie autora, że środek ten zwęża źrenicę i obniża ucisk śródoczny. Zwężenie źrenicy było nieznaczne w przypadkach, w których rogówka była zdrową, za to mniéj lub więcéj wybitne w przypadkach zapaleń téj błony, a trwało rozmaicie długo, niekiedy do dnia następnego po zastósowaniu. Zwężeniu źrenicy nie towarzyszył ból nadoczodołowy, jak po ezerynie, lecz owszem widoczne było działanie kojące. Zmiany refrakcyi autor nie mógł stwierdzić i wnosił, że zwężenie źrenicy polegać musi na porażeniu włókien n. współczulnego, a doświadczenie, które w téj mierze prof. Luciani wykonał na króliku, zdawało się to przypuszczenie stwierdzać. Gdy w tém doświadczeniu stwierdzono nadto w pewnym stopniu obniżenie ucisku śródocznego, stósował P. następnie jodoform w dwóch przypadkach jaskry następczéj z gwałtownym bólem rzęskowym, w których ezeryn zawiódł, tudzież w jednym przypadku jaskry ostréj, w którym chory odmówił zezwolenia na operacyję i spostrzegł nie tylko trwałe ustąpienie bólów ale nadto zmniejszenie napięcia. (*Le Sperimentale* marzec 1883, *Centralbl. f. prakt. Augenheilk.* wrzesień 1883). *Rydel.*

Dr. Daniłło: **Przypadek czasowéj utraty pamięci.**

Kazuistyka psychijatryczna tak jest bogatą i rozmaitą, obraz kliniczny chorób umysłowych tak się nie trzyma pierwowzoru książkowego, że pisarze tego działu literatury lekarskiéj, notując za przykładem Charcota wszystkie rzadkie przypadki, drogą syntezy zmierzają do poznania i sformułowania zasady, któraby rzuciła światło na te mnogie, tak różne od siebie obrazy kazuistyki klinicznéj. Dr. Daniłło przebywał i pracował w Paryżu, a ślady pobytu jego w stolicy Francyi pozostały w literaturze francuskiéj. Na wzór Charcota opisał on w *Wiestniku Psychijatryi i Newrologii* (I zeszyt) przypadek czasowéj utraty pamięci *(Aphasia amnestica* Kussmaula), który spostrzegał w szpitalu św. Anny w Paryżu w oddziale Dra Magnana.

Chory 23-letni, wyraz jego twarzy zdradza stan podniecenia, lewa źrenica szersza, oba tony sercowe pokrywa nad ujściem aorty szmer, który daje się słyszeć w tętnicach szyjnych; uderzenie serca rozlane, wymiar poprzeczny większy ku stronie lewej; zadyszka i sinica występują przy każdym wysiłku mięśniowym. Mowa gwałtowna, lecz prawidłowa, wymawianie dobre. Chory podaje, że 2 doby już nie śpi i nie je. Na trzy dni przed przybyciem do zakładu udał się on do mieszkania swéj narzeczonéj i dowiedział się od odźwiernego, że w domu nikogo nie ma, gdyż cała rodzina udała się do

merostwa, gdzie w téj chwili podpisuje się ślubna ugoda jego narzeczonéj, która komu innemu oddała rękę. Chory opowiada, że dowiedziawszy się o téj przykréj dla siebie przygodzie, mimowolnie dwa razy obrócił się wokoło, następnie poczuł szum w uszach i zawrót w głowie. Pospiesznie opuścił on ten dom i zamierzył udać się do merostwa z postanowieniem zabicia szczęśliwego współzawodnika; lecz wyszedłszy na ulicę spostrzegł, że pamięć opuściła go, sam nie wiedział, którędy ma iść i bez celu wałęsał się do wieczora; późno już świadomość powróciła i chory spostrzegł, że znajduje się w bulońskim lasku, i siedząc pod drzewem zalewał się łzami; postanowił następnie udać się do swego przyjaciela i z nim naradzić się, lecz nie zastawszy go w domu, skierował się do własnego mieszkania; zamiar ten okazał się jednak niewykonalny, gdyż chory zapomniał, gdzie mieszka, i zmuszony był błąkać się całą noc po ulicach Paryża, mając ciągle nabitą głowę doznanym od narzeczonéj zawodem. Z następnego dnia chory nie jest w stanie zdać sprawy, gdyż o niczém nie pamięta, wie tylko, że nie jadł i nie palił, a nie pochodziło to z niedostatku, gdyż w chwili przyjęcia do zakładu znaleziono przy nim 100 fr. Cały dzień zapytywał on przechodniów o swój adres, który zapomniał, a nie mogąc tą drogą odszukać własnego mieszkania, udał się do stójkowego, ażeby go odprowadził do policyi, zkąd go odesłano do zakładu Św. Anny. W chwili przyjęcia chorego do zakładu spostrzeżono, że potrafił napisać swe imię, lecz nazwiska zapomniał, jak również nie pamiętał imienia braci, sióstr i rodziców, co mu sprawiało widoczną przykrość i zdumienie; pamiętał dzielnicę w którój mieszka była jego narzeczona, o własném mieszkaniu nie jest w stanie podać żadnych szczegółów. Deklamuje swobodnie autorów francuskich i angielskich, oraz własne utwory dramatyczne; w ogóle chory od pierwszego zetknięcia się zdradza człowieka wykształconego i obeznanego z literaturą. Nazajutrz oświadczył on, że przy pomocy kalendarza odszukał imiona braci i sióstr, ale wezwany, aby je wymienił, ponownie użył pomocy kalendarza, w którym kolejno czytając imiona świętych, odszukiwał imiona zapomniane; nie umiał nazwać miejscowości, w którój mieszka jego ojciec. W ciągu następnych dwóch dni objawy nie zmieniły się, to jednak nie przeszkadzało choremu pisać akrostychy na nazwiska lekarzy zakładowych. Stan fizyczny poprawił się. Czwartego dnia pobytu w zakładzie przypomniał sobie chory swoje nazwisko; stało się to przy pomocy mapy, na któréj odszukał miasto założone przez jego przodków i noszące rodowe nazwisko; lecz miejsca obecnego pobytu ojca nie mógł sobie przypomnieć; a że nalegał, ażeby zawiadomiono rodziców o jego stanie, więc wskazał adres pewnego księdza, który napewne przesłać miał list ojcu, co się téż i stało. Przybycie ojca ułatwiło zebranie dat anamnestycznych; w rodzinie były przypadki chorób umysłowych, sam zaś chory, podług słów ojca, ma być leniwy, kłamca, utracyjusz i lekkomyślny; w okresie pokwitania cierpiał macinictwo; w 22 r. życia, chcąc wymódz jakieś ustępstwo, zagroził otruciem się, a kiedy to nie skutkowało, wypił kilka gramów nalewki makowcowéj w obec licznie zebranych gości w salonie.

(Dokończenie nastąpi).

Hedinger: O znaczeniu krwotoków usznych w medycynie sądowéj.

Na podstawie przypadków spostrzeganych w swojéj praktyce, które wyliczył i opisał na 56 Zjeździe lekarzy i przyrodników niemieckich, doszedł H. do przekonania, że krwotoki uszne nie są wcale tak groźnym objawem, jak to dotąd mniemano i jak twierdził Böke w Archiwie dla chorób usznych; obfitość krwotoku nie stanowi wcale o ciężkości i doniosłości obrażenia ani téż o umiejscowieniu zmiany chorobowéj. Źródła krwotoku należy szukać przy pomocy wszystkich sposobów, jakiemi rozporządzamy i wtedy dopiero rokować. Rokowanie będzie w ogóle lepszém, jeżeli uszkodzonym jest tylko przewód słuchowy zewnętrzny albo jeżeli stwierdzić można jedynie przedarcie błony bębenkowéj bez innych zmian, zwłaszcza jeżeli brak jest objawów groźnych, świadczących o zajęciu opon i mózgu samego, w takim razie nawet obfite krwotoki nie wpływają niekorzystnie na rokowanie. Wybroczyny na błonie bębenkowéj jak niemniéj krwotoki nieznaczne nie są same przez się pewnemi znakami lekkich obrażeń, jak z drugiéj strony obfity krwotok nie świadczy wcale o obrażeniu ciężkiém, co ważniejsza ani w pierwszym ani w drugim przypadku nie można twierdzić z pewnością, że podstawa czaszki została uszkodzoną, dopiero badanie przedmiotowe za pomocą strojnika musi w tych przypadkach rozstrzygać. Brak przewodzenia kostnego po stronie choréj jest zawsze objawem bardzo ważnym, toż samo znaczenie mają objawy podmiotowe, jak utrata równowagi i podmiotowe objawy słuchowe. Pojawienie się ostatnich świadczy niewątpliwie o zajęciu błędnika, jeżeli zaś nie ustają w przeciągu trzech miesięcy, należy rokować źle co do powrotu słuchu do stanu prawidłowego. Utrata przytomności i wymioty świadczą niewątpliwie o uszkodzeniu podstawy czaszki, chociażby ciecz mózgordzeniowa wcale się nie pokazała. *(Allg. Wiener. med. Zeitung* Nr. 39, 1883). *Dr. Schaitter.*

Wiadomości pomniejsze.

(I. S.) **Nadniedokwasu wodu używa Landolt** przeciw pewnym zakaźnym chorobom ócz. Środek ten otrzymuje za pomocą działania rozcieńczonego SO_3 na nadniedokwas baru, a rozczyn 3% jest odpowiednim do użytku leczniczego. Nadniedokwas wodu działa zgubnie przeciw grzybkom, a działanie jego jest podobném do działania tlenu pod wysokiém ciśnieniem. Péan używa tego środka jako przeciwgnilnego w chirurgii i porównywa działanie jego z działaniem wyskoku i kwas ukarbolowego. L. wkraplał i wstrzykiwał rozczyn 3% w śluzoropotoku spojówki i w owrzodzeniach rogówki, np. w przebiegu wrzodu pełzającego (obok keratotomii i ezerynu), w ropnych zapaleniach przewodów łzowych i wymienia kilka przypadków przekonywających o skuteczności. Wśród zetknięcia się H_2O_2 ze spojówką wywięzuje się O w postaci drobnych baniek i niszczy przyrzut wydzieliny, skutkiem czego ropienie znacznie się zmniejsza; środka tego należy atoli używać jedynie chemicznie czystego i o znaném zagęszczeniu. (*Archives d'Ophthalm.*).

(γ) **Jad gnilny.** W niedowędzonéj lub w cieple trzymanéj kiełbasie, w psujących się rybach i serze znajduje się czasem silnie działająca, nawet w małéj ilości szkodliwa, trucizna, którą w ostatnich czasach starano się wykryć. Zdaje się, że L. Briegerowi po kilkoletnich badaniach udało się wykryć tę truciznę, znalazł on bowiem dwa nowe ciała zawierające chlor, z których jedno jest szczególniéj silną trucizną. Ciała te rozkładają się nadzwyczaj łatwo, można je jednak otrzymać w stanie krystalicznym i jako sole platynowe; znajdują się one w pierwszych początkach zgnilizny w mięsie, (nie zaś w włókniku lub białku) nikną zaś przy rozwijającém się gniciu. Nawet bakteryje, które wzbudzają proces gnicia, zdają się w części być tych ciał ofiarą, z czego jasném

jest, że zakażenie krwi przez gnijące trupy z początku jest nader niebezpieczném, po skończonym zaś procesie gnicia niebezpieczeństwo się zmniejsza. Zdaje się, że trucizna ta innych bakteryj nie zabija, albowiem bakteryje zarazy śledzionowéj, nawet po zupełném zakończeniu procesu gnicia, zdolne są zarazić. Dla życia praktycznego jest rzeczą pożałowania godną, że nasze środki nie dozwalają nam jeszcze z wszelką pewnością i bez wszelkiéj straty czasu rozróżniać pojedyńczych form bakteryj. (*Gesundheit*, 1883, Nr. 13).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich

Towarzystwo Lekarskie galicyjskie.

Posiedzenie zwyczajne Sekcyi lwowskiéj z dnia 2 Czerwca 1883.

Przewodniczący kol. Krówczyński. Członków obecnych 16.

1. Odczytano protokół z ostatniego posiedzenia i przyjęto.

2. Kol. Feigel omawia rozbiory moczu, wykonane przez pp. aptekarzy i pracownię aptekarską; wykazuje niedostatki takich rozbiorów i nieznajomość chemii i histologii. PP. aptekarze nie znają komórek i nie wiedzą, czy one pochodzą z zapalenia ostrego, czy téż przewlekłego Rozbiory tego rodzaju wprowadzają w błąd tak lekarzy sądowych jak i sam Sąd. Na dowód czyta kilka takich rozbiorów moczu z aktów sądowych. Jeden z nich tyczy się staruszki 80-letniéj, u któréj rozbiór moczu wykazał ślady plemników i wiele innych nieprawidłowych składników, podczas gdy jego rozbiór sprawdził mocz prawidłowy. W innym rozbiorze moczu wykazano cukier, którego sam żadną próbą wyśledzić nie mógł. W końcu zwrócił uwagę kolegów na pracownię chemiczną w prosektoryjum szpitala pow., gdzie dokładnie i ściśle można badać mocz. Kol. Widman wyraża życzenie, aby rozprawy, które ogółu dotyczą, ogłaszać publicznie i tym sposobem pouczać szerszą publiczność. Kol. Merunowicz podziela zdanie prelegenta, że nie wszyscy aptekarze posiadają odpowiednie wiadomości, jakich rozbiór moczu wymaga, co do wniosku zaś kol. Widmana czyni wniosek odraczający ze względu na ważność przedmiotu. Wniosek ten po przemówieniu kolegów: Bylickiego, Pawlikowskiego i Seifmana przyjęto.

3. Kol. Pisek okazuje kilka preparatów z anatomii patologicznéj: a) Wrodzony brak worka sercowego przy prawidłowém położeniu serca. Zwraca uwagę na literaturę podobnych okazów, gdzie bądź zupełny, bądź częściowy był brak worka sercowego. Wszystkich zaś razem już z obecnym przypadkiem jest 11.—b) Serce, gdzie w przegrodzie błoniastéj jest ubyt.— c) Kawałek kręgosłupa z zwyrodnieniem rakowatém.— d) Wrzody gruźlicze na żołądku. Kol. Widmann wyjaśnia, że jest ubyt przedniéj części przegrody, omawia kliniczne objawy chorego z rakiem kręgosłupa, wspomina, że nie było porażeń u tego chorego, że w moczu jego raz tylko spostrzeżono ropę i że rozpoznał w tym przypadku: *caries vertebrarum*. Brak zaś porażeń tłumaczy tém, że zwyrodnienie rakowate nie objęło rdzenia samego i nie uciskało go. Kol. Pisek tłumaczy również brak dolegliwości pęcherza i odbytnicy tém, że dopóki opony rdzenia nie są zajęte, dopóty nie ma objawów chorobowych ze strony rdzenia pacierzowego.

4. Kol. Merunowicz odczytał rozprawę o ilości porodów, czyli o płodności mieszkańców, w Galicyi. Rozprawa ta zostanie drukiem ogłoszona. Kol. Pawlikowski utrzymuje, że w ogóle wykaz porodów nie może być dokładny z powodu zatajania poronień i nie zawiadamiania o nieżywo urodzonych. Niektórzy grzebią nieżywo urodzone dziecko w ogrodzie i nie podają go do spisu urodzeń, sądząc, że to jest dozwolone; inni chcąc zataić ciążę, gubią potajemnie płód, a inni, jak i we Lwowie dość często się zdarza, rzucają płód do kanału. Uzasadnia mniejszą płodność mieszkańców Galicyi zachodniéj a głównie na Podhalu i zwraca uwagę na ich sposób życia, na ich zwyczaje i obyczaje. Kol. Żuliński zaznacza, że nie tylko higijeniczne stosunki wpływają na płodność mieszkańców, ale także cywilizacyja i podnosi jako niezbity prawie pewnik, że im większa cywilizacyja, tém większa płodność. Kol. Seifmann zwraca uwagę na topografiję kraju. Kol. Pisek tłumaczy mniejszą płodność w zachodniéj Galicyi tém, że się tam praktykują sztuczne poronienia. Kol. Krówczyński zapytuje, czy zwierzęta roślinożerne są płodniejsze od mięsożernych a następnie zwraca uwagę na zamożność, która idzie w parze z prostytucyją a prostytucyja zmniejsza płodność. Na tém ukończono posiedzenie.

Dr. Pawlikowski.

V. Z wystawy higijenicznéj w Berlinie.

Berlin 1 Października 1883.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 42.)

Przystępując do szczegółowego przeglądu wystawy trzymać się będziemy urzędowego jéj programu. Dzieli on przedmioty na 6 działów obejmujących 34 grup.

Pierwsza grupa obejmuje rzeczy odnoszące się do badań higijenicznych i higijenotechnicznych oraz do nauczania tych umiejętności, do badań i obserwacyj w celach policyjno-lekarskich i ratownictwa.

Środki do nauki higijeny przedstawiają się świetnie. Tu mianowicie należą: wystawy prof. Fodora z Pesztu i Recknagla z Kaiserslautern, nagrodzone złotemi medalami, a o których obszerniejsza wzmianka była już w Przeglądzie Lek., równie jak pawilon niemieckiego Naczelnego Urzędu zdrowia (*Deut. Reichsgesundheitsamt*) i meteorologiczny pawilon Gazety magdeburskiéj. Prócz tego bardzo wiele ciekawych przyrządów do badań higijenicznych oraz modeli, okazów i rysunków do nauki służących wystawiły także różne zakłady naukowe, jak: Pracownia rolniczo-chemiczna w Kielu, farmaceutyczny zakład wrocławski, fizyjologiczny zakład berliński, mineralogiczny zakład Akademii rolniczéj w Berlinie itd. Na wzmiankę zasługuje między innemi przyrząd do ilościowego oznaczania siarki w gazie świetlnym, wystawiony przez farmaceutyczny zakład w Wrocławiu oraz poroskop prof. Christianiego w wystawie fizyjologicznego zakładu berlińskiego. Jest to uproszczony przyrząd prof. Pettenkofera, do wykazania przepuszczalności materyjałów budowlanych dla powietrza. Zarząd hut w Kaiserslautern wystawił mały aparacik kieszonkowy prof. Dra Wolperta do oznaczania ilości kw. węglowego w powietrzu. Przyrządzik ten okazał się przy próbach bardzo praktycznym, dozwala on oznaczyć bez straty czasu, a w sposób bardzo prosty, ilość kw. węglowego, jako oznakę zepsucia powietrza, z dokładnością dla celów przewietrzania zupełnie wystarczającą,—zdaje się więc że znajdzie wkrótce szersze zastósowanie, skoro tylko cena jego, obecnie dość stosunkowo wysoka, będzie przystępniejszą, co fabrykant wyrabiający przyrzeka. Ciekawemi są także narządy, wystawione przez Dra Kriegera ze Strasburga, przeznaczone do oznaczania zdolności przewodzenia i promieniowania ciepła przez suknie. Na wzmiankę zasługuje daléj pomieszczona w wystawie mineralogicznego zakładu berlińskiéj Akademii rolniczéj geologiczna płaskorzeźba, przedstawiająca podziemie i higijeniczne stosunki Berlina i jego okolicy, wykonane przez prof. Grunera. Wyniki badań geologicznéj budowy podziemia berlińskiego, jakie po czyniono przy licznych kopaniach studzien w ciągu ostatnich lat nie zginęły bezowocnie dla nauki i praktyki. Zużytkował je prof. Gruner, aby sporządzić wspomnianą płaskorzeźbę Berlina, na któréj każdą studnię wykopaną przedstawia słupek szklany, na którym uwidoczniono warstwy gruntu, jak je w miarę głębokości napotkano. Wszystkie te słupki ujęto w plan ze szkła w sposób bardzo pomysłowy, przynoszący, jako okaz wielkiéj pracy, zaszczyt wystawcy a wielce dla zarządu miasta przy pracach higijenicznych pouczający. Prócz tego w grupie téj wzięło udział

wielu wystawców prywatnych, jak fabrykantów narzędzi fizycznych, optycznych, przetworów chemicznych itd.

Grupa druga zawiera przedmioty odnoszące się do odżywiania. Dział ten jest bardzo bogatym a choć reklama gra w nim zanadto może wielką rolę, są też i rzeczy na uwagę zasługujące. Od lat kilku zwracają w Niemczech więcéj uwagi niż dawniéj na czystość pokarmów. Wychodzą osobne pisma poświęcone temu przedmiotowi, w wielu miastach istnieją Towarzystwa przeciw fałszowaniu pokarmów, oraz pracownie chemiczne do badań pokarmów, często miejskie a często i prywatne, których kontroli poddają się nieraz dobrowolnie sami kupcy, aby uzyskaném świadectwem dobroci swego towaru ściągać kupujących. Pochop do tego prądu dało Państwo częścią zakładając *Reichsgesundheitsamt* a częścią wydając szczegółową ustawę przeciw fałszowaniu pokarmów. W obec tego zwrotu należało się spodziewać, że na wystawie znajdą się liczne środki i sposoby badania pokarmów, nadzieja jednak ta zawiodła, snać te sposoby nie zostały jeszcze tak ulepszone, aby się z niemi popisywać. Wśród nieobfitego oddziału przedmiotów odnoszących się w szczególności do zafałszowań pokarmów, uderza wystawa muzeum berlińskiéj Akademii rolniczéj (prof. Wittmack) i rolniczo-chemicznéj stacyi doświadczalnéj w Münster (prof. Koenig). Obejmuje ona nie tylko okazy najczęściéj zdarzających się sfałszowań, barwików szkodliwych i nieszkodliwych, ale także szereg okazów mający uwidoczniać skład chemiczny pożywek. Obok słoika zawierającego kilogram jakiéjś pozywki np. grochu, ziemniaków, mięsa itd., znajdują się 4 słoiki mieszczące ilość wody, skrobi, białka i części nieorganicznych zawartych w kilogrm. téj pożywki. Wystawa ta nie jest oryginalnym pomysłem, bo podobne uwidocznienia składu pożywek znajdują się w Kensington Museum w Londynie, a widzieliśmy je także w Brukseli w wystawie Muzeum pedagogicznego w Petersburgu. Mimo to okazy te zwracały uwagę znawców dla swéj względnéj nowości a jeszcze więcéj może uwagę nieznawców, którzy dziwili się różnicom, jakie wykazuje rozbiór chemiczny w składzie na pozór podobnych pożywek. Na mylne jednak tory zeszedłby ten, ktoby li tylko z tych okazów chciał praktyczne wysnuwać wnioski co do pożywności pojedyńczych pokarmów; skład chemiczny to jeden tylko czynnik, gdy drugi stanowi łatwiejsza lub trudniejsza strawność, asymilacyja, któréj różne istnieją stopnie. Strawność pożywek nie zawsze idzie w parze z ich składem. Podobny cel uzmysłowienia składu chemicznego pokarmów ma też tablica Koeniga, na któréj skład ten uwidoczniono barwami. Strawność pojedyńczych pokarmów mało jest dotąd poznaną, takie uzmysłowienia więc chemicznego ich składu mają małe praktyczne znaczenie, mimo to widzieliśmy jednego z kolegów, który rad był z nabycia tablic Koeniga w celu, aby zarząd szpitala, w którym jest lekarzem, według tych tablic uregulował porcyje. Ciężkie to jednak będzie nieraz zadanie dla chorych spożyć taką ilość trudno strawnéj pożywki, aby do ustroju wprowadzić, stósownie do składu w wzmiankowanéj tablicy wskazanego, dostateczną ilość jakiegoś jéj składnika.

Staranie o dobre mleko także od lat kilku bardzo zajmuje umysły w Niemczech. Nie brak różnych pomysłów co do przyrządów i sposobów łatwego badania mleka zaraz przy kupnie, na targu, ale żaden nie zadowala wybrednych żądań chemików, a dokładny rozbiór mleka rzecz trudna i dużo czasu zajmująca, dla tego rozciągnięcie kontroli policyjno-lekarskiéj nad nabiałem tyle napotyka trudności. Z tego to powodu zwrócono się w Niemczech do zakładania mleczarń wzorowych, rzec można, z gorączkowym zapałem, i dziś je posiada już znaczna liczba miast Na wystawie oglądaliśmy piękne plany tych zakładów w Frankfurcie, Stutgarcie itd. a te mile przypominały obietnicę krakowskiéj Komisyi sanitarnéj, iż na wiosnę i Kraków ma posiadać podobny zakład. Wystawiono téż znaczną stosunkowo liczbę wozów i naczyń do rozwozu mleka, przyrządów do wyrobu masła i sera itd. Skoro już mowa o wozach, to nadmienić wypada, iż wystawiono także bardzo odpowiednie wozy do przewozu mięsa i ryb z wentylacyją oziębionémi powietrzem.

Dział konserw, chociaż pole to było dotąd przez Niemców dość zaniedbaném, jest nadspodziewanie obfity. Wielu fabrykantów wyrobów już znanych nie zaniedbało sposobności, aby świetnemi wystawami zwrócić raz jeszcze uwagę na swe przetwory; są więc wystawy wyciągów mięsnych Liebiga, braci Cibils, Carne pura, rozczynu mięsnego Leubego i Rosenthala, konserwy mleka Dra Naegelego, mączki Nestla itd. Pojawił się téż cały rząd nowych spółzawodników na têm polu wystawiając nie tylko zakonserwowane mięso, mleko ale i suchary, jarzyny, owoce itd. O dobroci tych konserw trudno z pozoru sądzić, czas dopiero pokaże, które z nich zyskają sobie uznanie i wziętość. Czas równie okaże, o ile praktycznemi będą proszki, sole i eter do konserwowania pokarmów, które przy sprzedaży na wystawie cieszyły się powodzeniem. Nie brakło na wystawie win i różnych rodzajów piwa, czokolady, kawy, herbaty, a wszystko to nosiło dodatki jak: zdrowe, pożywne, higijeniczne, pastylek napojonych różnemi istotami leczniczemi itd.; trudno jednak odróżnić na oko, a nawet i przy próbie doraźnéj, co pod tym względem stanowi zdrowe ziarno a co plewy. Liczne piece mające na celu oszczędność paliwa i różne przybory kuchenne zwracały téż uwagę na siebie, o tych jednak sąd jeszcze trudniejszy.

Zanim zakończę omówienie téj grupy wspomnieć jeszcze wypada o pawilonach berlińskiéj szkoły kucharek i kuchni ludowéj, oraz o kuchni wojskowéj. We wszystkich trzech w godzinach południowych można było otrzymać po niskiéj cenie smaczne pożywienie. Szkola kucharek i kuchnie ludowe w Berlinie zostają od lat dawnych pod przewodnictwem p. Liny Morgenstern, która niemi dobrze zasłużyła się w obec mieszkańców téj stolicy. W dzisiejszych czasach, w których nieżyty żołądka, nie wchodząc w powody, tak są pospolitemi, wypada do zdrowego i smacznego pożywienia jeszcze większą przywięzywać wagę niż dawniéj, dla tego szkoly kucharek, do których pierwszy pochop dali Anglicy, winno posiadać każde większe miasto. Jeszcze potrzebniejszemi zakładami są kuchnie ludowe. W rzędzie środków zapobiegawczych epidemijom i łagodzących ich przebieg niepoślednie miejsce zajmuje dostarczanie uboższym klasom ludności odpowiedniego pożywienia, gdyż dostateczne pożywienie wzmaga oporność ustroju, a i w zwykłych czasach wpływa ono korzystnie na stosunek śmiertelności i chorobliwości pośród klas ubogich. Kuchnie ludowe, w których ludność po taniéj cenie nabyć może ciepłéj gotowanéj strawy oddają też wielkie usługi, potrzeba ich ciągle czuć się daje i prawie co rok w porze zimowéj staje w Krakowie sprawa takich kuchni na porządku dziennym, aby niezałatwiona zejść z niego z pojawieniem się pory cieplejszéj. W innych miastach kuchnie takie przy współudziale dobroczynności publicznéj ku dobru ogólnemu już dawno istnieją. Berlin posiada 14 takich zakładów dostarczających dziennie pożywienia dla

mniéj więcéj 7.000 ludzi, po cenie 20—30 fenigów. Zarząd tychże zostaje w ręku Towarzystwa kuchni ludowych, istniejącego już od r. 1866. Czystość i porządek odznaczające te zakłady, których okaz jest na wystawie, czyni bardzo miłe wrażenie.

W kuchni t. zw. wojskowéj gotowano na ognisku kuchenném pomysłu rotmistrza Beckera, które ma mieć wielkie zalety przy gotowaniu dla znacznéj liczby ludzi.

Grupy trzecia, czwarta i piąta poświęcone są pieczy nad wychowaniem dzieci tak fizyczném jak i moralném. Znajdują się tu najpierw liczne łóżeczka, stołki, wagi i wózki dla dzieci, różniące się nie tyle może odmianami zasadniczemi ile wyrobem, materyjałem, mniéj lub więcéj zbytkownem przyozdobieniem, nic téż nie spostrzegliśmy w tym dziale nowego, coby na wzmiankę zasługiwało. Sztuczne karmienie dzieci, czy to z potrzeby czy téż z innych powodów, niestety coraz częściéj w życie wchodzące, dało powód do wzmożenia się w ostatnich czasach szeregu środków mających zastąpić pokarm naturalny. O mnogości tych środków będących w użyciu daje wyobrażenie zbiorowa wystawa środków odżywiania dzieci, urządzona przez Drów Baginskiego, Boernera i Guttmana. Więcéj od niéj pouczającą jest tablica chromograficznie przedstawiająca składniki najważniejszych środków do odżywiania dzieci służących, wystawiona przez rolniczą stacyję doświadczalną w Bonn.

Grupy te obejmują daléj wszelkie przyrządy odnoszące się do Froeblowskiego systemu wychowania dzieci, do nauki poglądu, a nakoniec modele i plany szkół począwszy od szkółek początkowych aż do gmachów uniwersyteckich. Piękne przybory naukowe oraz ławki szkolne, mające na celu zapobiegać t. zw. chorobom szkolnym w szczególności krótkowzroczności i skrzywieniom stosu pacierzowego, znajdują się w znacznéj liczbie. Prof. Cohn z Wrocławia, który dał pierwszy pochop do badań nad wzmaganiem się krótkowzroczności w szkołach i od dawna już zajmuje się tym przedmiotem, wystawił bardzo ciekawą tablicę, na któréj graficznie uwidocznił postęp krótkowzroczności w gimnazyjach niemieckich. Liczne plany i modele szkół berlińskich oraz osobny barak przedstawiający model wzorowéj szkoły a wystawiony przez firmę Simon i spółka według wskazówek Doc. Dra Baginskiego świadczą, jak wielką wagę zaczynają w Niemczech przypisywać dobremu i higijenicznemu urządzeniu szkół, które u nas zupełnie bywa zaniedbywane.

Nie tylko jednakże wychowanie umysłowe ale i wychowanie fizyczne młodzieży szkolnéj ściąga dziś w Niemczech większą na siebie uwagę niż parę lat wstecz, ztąd nagły rozwój zakładów gimnastycznych, których piękne plany i modele znajdują się na wystawie, ztąd owo staranie o kolonije wakacyjne, którym początek dała Szwajcaryja, a których liczba rok rocznie mnoży się pod kierunkiem tworzących się Towarzystw w Niemczech. I liczba zakładów gimnastycznych wzrasta w Niemczech olbrzymim krokiem. Od czasu jak przekonano się, że przez naukę gimnastyki zwiększa się liczba zdolnych do służby wojskowéj i że nauka ta ułatwia naukę ćwiczeń wojskowych, państwo otacza opieką rozwój tych zakładów, których liczba jest już dziś w każdém większém mieście znaczną. Sam Berlin posiadał w r. 1882 9 zakładów rządowych, 59 miejskich a 15 prywatnych. Żaden z innych krajów nie może pod tym względem iść z Niemcami w zawody, chyba jedna Francyja, w któréj także obecnie objawia się znaczny ruch na polu rozwoju gimnastyki. (C. d. n.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Ω. Na prośbę Kocha, aby mu pozwolono udać się z Komisyją niemiecką celem zbadania saméj ojczyzny cholery. tj. Indyj Wschodnich, ks. Bismark dał natychmiast odpowiedź przychylną. Jak dzienniki niemieckie podają, ma więc wkrótce cała Komisyja z Kochem na czele wyruszyć z Damiety, gdzie obecnie bawi, do Bombaju. Według dotychczasowych raportów wyniki badań mają być dość dobre.

Ω Wystawę higijeniczną w Berlinie zamknięto 15 b. m Dochód z niéj pokrył w znacznéj części wydatki. Jedynie tylko dług zaciągnięty od miasta nie może być całkowicie spłaconym. Głównym zyskiem z urządzenia wystawy będzie dla Berlina utworzenie muzeum dla higijeny. Minister oświaty mianował już komisyję, która ma się zająć urządzeniem tego muzeum. Znaczna część wystawców ofiarowała przedmioty umieszczone na wystawie higijenicznéj nowo założyć się mającemu muzeum.

Ω Według urzędowych ogłoszeń międzynarodowéj Rady zdrowia w Egipcie cholera zrobiła znacznie większe spustoszenia, niż to na razie osądzić się dało. Tylko w ciągu czasu od 22 czerwca do 21 sierpnia uległo téj epidemii 25.023 ludzi. Ponieważ cholera w wielu miejscowościach jeszcze i po 21 sierpnia panowała, to straty ludzi można obliczać co najmniéj na 30.000.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 7—13 października umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 16,6. Z ospy umarło 0 (1 z. t.); z płonicy 3 (2 z. t.); z błonicy 1 (0 z. t.); z duru brzusznego 1 (1 z. t.); z róży 1 (0 z. t.). W tygodniu od 30 września do 6 października umarło w Londynie 3 z ospy. Leczyło się w szpitalach 68, świeżo zapadło 16. W Petersburgu, Murcyi i Filadelfii po 2, w Madrycie i Lizbonie po 3, w Paryżu i Warszawie po 4, w Brukseli 5, w Maladze i Nowym Orleanie po 11, w Pradze 13, w Madrasie 29. Z duru osutkowego umarło w Warszawie i Saragosie po 2, w Maladze 3, w Madrycie 4. W Aleksandryi umarło od 23—29 września 6 z cholery, w Nowym Orleanie od 9—15 września 1, w Kalkucie od 12—18 sierpnia 4, w Bombaju od 22—28 sierpnia 74.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 30 września do 6 października umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 23,3; w Poznaniu 26,7; w Warszawie 31,3; w Wiedniu 22,3; w Budapeszcie 25,3; w Pradze 22,1; w Tryjeście 24,9; w Berlinie 24,6; w Hamburgu 19,3; w Wrocławiu 31,1; w Gdańsku 24,1; w Mnichowie 28,2; w Dreźnie 22,2; w Lipsku 17,2; w Bazylei 18,3; w Brukseli 23,4; w Amsterdamie 26,4; w Hadze 24,8; w Paryżu 21,7; w Londynie 16,5; w Kopenhadze 18,3; w Stokholmie 20,9; w Chrystyjanii 13,2; w Petersburgu 27,2; w Odesie 26,4; w Rzymie 27,8; w Wenecyi 15,0; w Bukareszcie 28,3; w Madrycie 28,3; w Lizbonie 30,0, w Aleksandryi 42,4; w Nowym Yorku 25,4; w Filadelfii 22,2; w Bombayu 27,1; w Madrasie 45,9. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 25 października. Czasopisma lekarskie wiedeńskie donoszą, że temi dniami mają się pojawić pp. ministrowie oświecenia i skarbu w gmachu, mieszczącym w sobie zakład anatomii opisowéj, celem przekonania się, czy istotnie zachodzi potrzeba konieczna wybudowania nowego zakładu. Że pp. ministrowie wyniosą z odwiedzin swych wrażenie najgorsze, że przekonają się naocznie, iż budynek obecny jest pod każdym względem nieodpowiednim, o tém ani na chwilę niewątpimy; ale téż niewątpimy, że nabrawszy tego przekonania, rychło uczynią zadosyć słusznym wymaganiom Wydziału lek. wiedenskiego. Położenie nasze jest o wiele gorsze: i myśmy mieli wizytę p. ministra oświecenia, ale dotychczas jakoś nie czuć błogich skutków téj wizyty; od nas droga najkrótsza do Wiednia prowadzi na Lwów, a sprawozdanie Wydziału naszego, wysłane w lipcu, we wrześniu przynajmniéj jeszcze nie dotarło było do Wiednia. Jeżeli sprawa pójdzie daléj tym torem i trybem, to kto wie, czy pokolenie obecne doczeka się nowych zakładów!

* **Praga czeska.** Na Wydział lekarski czeski zapisało się dotąd 410 uczniów, z tych 160 na rok pierwszy; na Wydział lekarski niemiecki zaś około 200: na Wydział prawniczy zapi-

sanych jest 713, na filozoficzny 189, farmaceutów 60. Razem liczy Uniwersytet czeski uczniów 1380, nierównie więcéj aniżeli niemiecki, pomimo że ostatni ma o jeden Wydział (teologiczny) więcéj. Jestto najlepsza ilustracyja potrzeby Uniwersytetu czeskiego a *inde irae* Niemców się tłumaczą. — W tych dniach otwartą zostanie klinika chorób ocznych prof. Schöbla; składa ona się z 5 sali i mieści w sobie 55 łóżek.

* **Berlin**. D. 20 bm. obchodzono tu uroczyście 25-letni jubileusz zawodu nauczycielskiego Du Bois-Reymonda. Wielki fizyjolog urodzony w r. 1818 dopiero w 40 roku życia mianowany został prof. fizyjologii w Berlinie po Janie Müllerze. — D. 30 bm. odsłonięty zostanie pomnik prof. Wilmsa przed szpitalem Bethanien. — Prof. Schüller, dawniéj w Gryfii, urządził w Berlinie poliklinikę chirurgiczną dla dzieci.

* **Nekrologija**. W Warszawie umarł d. 14 bm. Dr. Józef Piramowicz. Urodzony d. 30 grudnia 1848 r. w powiecie Chełmskim z ojca Dra med. Jana Piramowicza, ukończył gimnazyjum w Lublinie a medycynę w Warszawie; praktykował zrazu w gub. kieleckiéj, następnie na Wołyniu i Ukrainie, a w lipcu r. b. osiadł w Warszawie. — W Paryżu umarł Dr. Spillman, prof. szkoły lekarskiéj w Algierze, a w Lizbonie prof. De Costa Alvarenga, b. minister oświaty, autor wielu prac o chorobach serca i termometryi, z których ostatnia tłumaczoną została na język polski przez Dra Grossterna w Warszawie. (*Gaz. Lek.*)

Piśmiennictwo lekarskie. Jan Stella Sawicki. Domowy poradnik lekarski. Wydawnictwo macierzy polskiéj. Lwów. 1883, w 8ce, str. 77.

Co do zachowania się w czasie choroby znaczny wśród ludu istnieje szereg zgubnych nieraz przesądów, całkiem zatém słusznie instytucyja Macierzy, mająca na celu krzewienie oświaty, jedno z pierwszych swych wydawnictw poświęciła leczeniu chorób, a to wydając broszurkę, któréj tytuł wyżéj przytoczono. Napisanie poradnika lekarskiego dla ludu, to rzecz nie tak łatwa, jakby się wydawało; autor musi tu zważać, aby nie napisał ani za mało ani za dużo a przytém walczyć z trudnością zastosowania swego pióra do niskiego poziomu wykształcenia czytelników. Autor wydanego poradnika z trudnego swego zadania wywiązał się znakomicie, bo w małéj téj broszurze uwzględnił wszystko, co należało i to w sposób odpowiedni. Oto zwięzłe jéj ocenienie, w rozbiór bowiem szczegółowy wchodzić tu nie możemy, przekraczałoby to zakres niniejszéj wzmianki, chcieliśmy tylko zwrócić uwagę na pożyteczną tę książeczkę i polecić ją kolegom, aby ze swéj strony starali się ile możności o jéj rozpowszechnienie. Trudno jednak nie wyrazić nasuwającéj się myśli, że równie pożytecznem i potrzebném byłoby wydanie książeczki dla ludu o zachowaniu zdrowia; niezawodnie Zarząd Macierzy działałby w myśl swego programu, gdyby się postarał o jéj wydanie nawiązując ją do broszurki Dra Sawickiego. *G.*

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 42: Gajkiewicza: Kilka uwag o porażeniu jednéj z kończyn ciała (dok.); Pacanowskiego: Wrodzone połączenie komórek sercowych (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 42: Stankiewicza: Nekrolog śp. Kwaśnickiego; Janiszewskiego: Trzy przypadki drgawek jednostronnych, zwanych inaczéj padaczką Jacksona lub padaczką połowiczną.

Redakcyja otrzymała:
SATTLER et WECKER: L'ophthalmologie jequiritique et son emploi clinique, Paris, in 8vo str. 50 z tabl.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Ogłoszenie konkursu.

Rozpisuje się konkurs na posadę Sekundaryjusza i Asystenta przy tutejszym szpitalu na lat dwa, które przy zadawalającéj służbie mogą być przedłużone do lat czterech.

Do posady sekundaryjusza przywiązaną jest płaca 600 złr. rocznie z dodatkiem mieszkania opalanego w szpitalu, do posady zaś Asystenta 500 złr. rocznie bez żadnego dodatku.

Ubiegający się o te posady kandydaci powinni wykazać:
1) Wiek, stan i miejsce urodzenia.
2) Dotychczasowe zatrudnienie i znajomość języków krajowych.
3) Stopień Doktora medycyny, lub wszech nauk lekarskich, zyskany na jednéj z Wszechnic Państwa austryjackiego.

Podania wnosić można do dnia 1 Listopada rb. na ręce Dyrekcyi szpitala tutejszego bezpośrednio lub za pośrednictwem władzy przełożonéj, jeżeli kandydat zostaje w służbie publicznéj.

Z dyrekcyi krajowego szpitala powszechnego.
Lwów, dnia 6 Października 1883.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 3 listopada 1883. № 44. Rok XXII.

TREŚĆ: I. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie. JAWORSKI: O zachowaniu się gazów w żołądku ludzkim i o zastosowaniu tychże w celach rozpoznawczych i leczniczych. (C. d.) — II. JABŁONOWSKI: Kazuistyka lekarska w Turcyi. (C. d.) — III. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie. ROSENBLATT: Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od r. 1879 do 1882. (C. d.) — IV. *Oceny i sprawozdania:* ACKERMANN: Tkankorództwo i histologija mięsaków. (Dok.) — DANIŁŁO: Przypadek czasowéj utraty pamięci. (Dok.) — LEOPOLD: Badania nad menstruacyją i owulacyją. — VOSSIUS: O stosowaniu jodoformu w okulistyce. — DEUTSCHMANN: Dalsze doświadczenia nad jodoformem. — *Wiadomości pomniejsze.* — V. *Sprawy Towarzystw lekarskich:* Posiedzenie Tow. lek. gal. — VI. *Odcinek:* POLAK: O szpitalach w Londynie. — GRABOWSKI: Z wystawy higijenicznéj w Berlinie. (C. d.) — Zapiski z wystawy higijenicznéj w Berlinie. (Dok.) — VII. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.* — VIII. *Wiadomości bieżące.*

I. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

O zachowaniu się gazów w żołądku ludzkim i o zastosowaniu tychże w celach rozpoznawczych i leczniczych.

Wykonał i podał Dr. W. Jaworski,
docent Uniw. Jagiell.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 43).

IV. Sposób mierzenia pojemności żołądka za pomocą gazów.

Znajomość pojemności żołądka człowieka może mieć o tyle kliniczne znaczenie, że z jéj wielkości można wnioskować o rozstrzeni żołądka i powiększaniu się tegoż w różnych okresach choroby, a następnie można ztąd powziąść pewne dyrektywy dla wprowadzania ilości pokarmów do żołądka w poszczególnych przypadkach, aby tenże nie był „przeładowany“ mechanicznie.

Mierzenie pojemności żołądka jako naczynia o podatnych ścianach, wykonane tak licznie na zwłokach, nie może być nigdy bezwzględnie dokładne. Dokładniejsze ono będzie na zwłokach, gdzie znaleziono jako ilość fizyjologiczną dla dorosłego człowieka 2—4 litrów, a w stanach patologicznych niekiedy 8 litrów, niż to ma miejsce za życia, gdzie manipulacyja jest wielce utrudniona. Pojemność podana z mierzenia pośmiertnego nie da się jednak przenieść wprost na żywy ustrój, gdyż z powodu braku kurczliwości ścian w stanie pośmiertnym znaleziona pojemność będzie zapewne za wielką. Mierzenie zaś pojemności żołądka u człowieka żywego przez napełnianie go płynem, podobnie jak to się uskutecznia na żołądku pośmiertnym, nie może wydać nigdy nawet w przybliżeniu dokładnych wyników a to raz z powodu, że nie mamy możności sprawdzenia, czy cały żołądek cieczą się wypełnił, a następnie ponieważ żołądek nie ma stałéj podstawy, o którąby się mógł oprzeć, przeto ciężar cieczy cisnąc na dno tylko ono przeważnie rozszerza, podczas gdy górne części żołądka są zupełnie skurczone. Żołądek więc wypełniony cieczą jest niejednostajnie i to u dołu nadmiarowo rozszerzony. Aby można zmierzyć rzeczywistą pojemność żołądka, koniecznêm jest, aby jego ściany wszędzie były jednakowo naprężone; a potém należy przyjąć pewną stałą granicę, do któréj należy żołądek rozszerzyć, co właśnie trudno jest oznaczyć, podczas gdy jednostajne naprężenie ścian łatwe jest do wykonania, wprowadzając gaz do żołądka, albowiem prężność gazu będzie na ściany wszędzie jednakową. Miara stała rozszerzalności żołądka gazem dałaby się têm oznaczyć, że można przyjąć, iż ilość gazu wprowadzona do żołądka przy pewnêm ciśnieniu słupa rtęci, np. 10 lub 20mm., ma oznaczać jego prawidłową pojemność. Jednak ta norma, aczkolwiek teoretycznie zupełnie jest dobrą,, dla praktyki okazuje się nieprzydatną. Bo znajdą się indywidua, które, nim to ciśnienie się osiągnie, już będą reagować, podczas gdy dla innych będzie ono za małe. Należy tu właśnie uwzględnić uczucie podmiotowe, jakie prężność wprowadzonego gazu wywołała, gdyż ono jest właśnie tym fizyjologicznym regulatorem rozszerzalności żołądka. A to uczucie będzie rzeczywistości fizyjologicznéj więcéj odpowiadało, niż konwencyjonalna miara, gdyż właśnie dla fizyjologicznego rozszerzenia żołądka należy przyjąć tę granicę, kiedy zaczyna żołądek w skutek ucisku kończyn nerwów patologicznie bólem oddziaływać; daléj usiłowane rozszerzenie będzie patologicznêm, czyli „przeładowaniem“ żołądka.

Uwzględniając tę okoliczność wprowadzałem w powyższych doświadczeniach gazy do żołądka, dopóki nie wystąpiły pewne senzacyje, jak uczucie prężenia w dołku podsercowym u badanego, poczém przerywałem prąd gazu odgraniczając flaszkę mierniczą od dopływowéj przez zaciśnięcie ściskacza, i odczytywałem wysokość słupka wody w rurce naczynia mierniczego jakotéż ciepłotę. Przed wprowadzeniem gazu starano się ile możności wypróżnić żołądek z nagromadzonego gazu za pomocą pompy aspiracyjnéj dopóty, aż ściany sondy ciśnieniem powietrza zostawały zgniecione, poczém zaciśnięto sondę ściskaczem, łączono ze zbiornikiem

i wprowadzono gaz, jak to przy pojedyńczych doświadczeniach opisaném zostało. Ilość gazu wprowadzonego w pojedyńczych przypadkach była:

1. dośw. 1083 sz.cm. Oz
2. „ 1160 „ CO_2
3. „ 1293 „ O
4. „ 1295 „ CO_2
5. „ 1320 „ Oz

Powyższe ilości gazu są dla tego tak różne od siebie, że chciano wybadać senzacyje, jakie po sobie następują przy wprowadzeniu pewnych ilości gazu. W doświadczeniu 1ém z ozonem przestałem wprowadzać gaz już przy wystąpieniu pierwszego uczucia pełności w żołądku, gdyż sądziłem, nie znając wpływu Oz na błonę śluzową żołądka, że nadmiar jego może żołądek badanego bardzo zadrażnić. W doświadczeniu 3ém i 4ém czuł badany bardzo silne prężenie w dołku podsercowym, a w doświadczeniu 5ém zaczął badany mocno się niepokoić, czuł bowiem mocne ugniecenie i w podżebrzu lewém i poczęły następować odbijania przez przełyk obok sondy. Sąto więc doświadczenia próbne. Za rzeczywistą pojemność żołądka badanego uważałbym wynik z doświadzenia 2.

Że pojemność żołądka da się za pomocą gazu oznaczyć, t. j. że gaz wprowadzony do żołądka w nim przez pewien czas przebywa w pierwotnéj ilości, tak że zostaje dość czasu do odmierzenia całéj wprowadzonéj ilości gazu, pouczają właśnie powyższe doświadczenia. Okazało się bowiem, że gaz ani przez przełyk obok sondy, ani przez odźwiernik przez kilka minut nie uchodził. Obserwując bowiem rurkę manometryczną w naczyniu mierniczém, podczas gdy napełniony gazem żołądek był za pomocą sondy z niém połączony, nie spostrzeżono w niéj przez kilka minut zmiany w wysokości słupka wodnego (flaszka dopływowa *A* (fig. 2) została od mierniczéj *H* podczas tego ściskaczem oddzielona), co dowodzi, że prężność gazu w żołądku, a zatém i jego objętość, zostawała przez ten czas niezmienną. Ta okoliczność więc wykazuje, że do pewnego stopnia tak odźwiernik jakotéż i przełyk zamykają żołądek szczelnie. Jeżeli jednak wprowadzono w doświadczeniu 5ém nadmiar gazu (senzacyje stały się nie do wytrzymania), pokazało się, że mięśnie połykowe już tego ciśnienia nie zrównoważyły i zaczął gaz obok sondy uchodzić; przekroczono zatém granicę fizyjologiczną rozszerzalności żołądka. Jak się w tym przypadku odźwiernik zachował, niewiadomo. Druga okoliczność, która może wpływać na wynik badając pojemność żołądka za pomocą gazu, jest już w nim zawarty gaz. Jednak ten można do tego stopnia za pomocą pompy aspiracyjnéj wydalić, że ściany żołądka, które przecież są więcéj podatne niż ściany sondy, przylegać do siebie będą, zatém pozostałość gazowa chyba tylko kilka sz.cm. wynosić może, a ten błąd na porównanie wyników o tyle mniéj wpływać może, że nietylko przy wszystkich doświadczeniach dla tego samego indywiduum, ale u każdego badanego zostaje prawie ten sam.

Uderza w powyższych doświadczeniach ta okoliczność, że żołądek u badanego już $1\frac{1}{4}$ litra gazu ledwie zniósł, podczas gdy pojemność żołądka ogólnie przyjęta wynosi przynajmniéj 2 litry, co tém więcéj zadziwia, że badany opowiadał, iż nieraz więcéj niż kwartę mleka naraz wypijał i żadnego ciążenia w żołądku nie doznawał, a przecież ciecz jeszcze swoim ciężarem ugniatająco na ściany żołądka działa. Badałem więc, ile téż wody studziennéj zimnéj zniesie żołądek badanego. Gdy wlałem przez sondę, lejkiem opatrzoną, 1 litr wystałéj w pokoju wody do żołądka, badany nic przykrego nie czuł, po wlaniu $1\frac{1}{2}$ litra zaczął czuć rodzaj ciążenia. Dopiero po wlaniu dwóch litrów wystąpiło dokuczliwe prężenie. Dla czego żołądek zniósł większą ilość wody niż gazu, tłumaczyć należy chyba tém, że wprowadzona woda działa przeważnie swym ciężarem na dno, które do tego ciśnienia jest przyzwyczajone, podczas gdy wygięcie górne zostaje od ciśnienia wolne. Wprowadzając zaś gaz, wywiera się wszędzie jednostajne ciśnienie, więc i na górną powierzchnię żołądka, a ztąd udziela się ono i przeponie i innym sąsiednim narządom do tego ciśnienia nieprzyzwyczajonym i przeto osobliwemi senzacyjami oddziaływającym.

Pojemność żołądka stoi w związku z drugą jego własnością, a to z opornością ścian jego, zależną od kurczliwości żywotnéj błony mięsnéj; dla tego wykonanie mierzenia pojemności, opis przyrządu i obliczenie podaję w następnym ustępie.

V. Metoda mierzenia oporności (względnie kurczliwości żywotnéj) ścian żołądka ludzkiego.

Tak często powtarzany wyraz atonija żołądka ma oznaczać niedowład jego błony mięsnéj. Do jakiego stopnia osłabienia mechanicznego ma dojść błona mięsna, aby się wyrobił stan chorobowy, tego jeszcze obecnie ani słowami, tém mniéj w liczbach wyrazić jesteśmy w stanie, gdyż i miary dla natężenia funkcyi mechanicznéj błony mięsnéj żołądka w stanie fizyjologicznym nie znamy. Możemy jednak niedowład błony mięsnéj ztąd rozpoznawać, że pokarmy nadmiarowo długi czas w żołądku przebywają.

W celu poznania zmian w napięciu dna żołądka dającego się uskutecznić równocześnie z mierzeniem jego granicy, radził już ostatniemi czasy Dr. Ponikło, docent tutejszego Uniwersytetu, użycie sondy sprężynowéj. W celu zaś mierzenia kurczliwości błony mięsnéj żołądka w całości, która właśnie przy wydaleniu pokarmów w żołądku jest działającą, trzeba wywierać ciśnienie na całą wewnętrzną powierzchnię ścian żołądka, a to czyni możebném zastosowanie gazu. Jeżeli do żołądka wprowadzać się będzie gaz, to on rozprężać będzie ściany, względnie włókna mięsne, do pewnéj granicy fizyjologicznéj, do któréj one stawiać będą w skutek swéj fizyjologicznéj kurczliwości opór równy prężności gazu; jeżeli jednak prężność gazu dojdzie do tego stopnia, że kurczliwość żywotna włókien mięsnych nie jest w stanie powstrzymać rozszerzenia ich prężnością gazu, stają się one bierne i przechodzą w stan patologiczny, a uciskając na kończyny nerwowe, sprawiają reakcyję poczynając od senzacyj nieprzyjemnych aż do bólu. Dla tego wystąpienie podmiotowych uczuć przy wprowadzeniu gazu do żołądka może służyć za oznakę granicy, do któréj żołądek w stanie fizyjologicznym da się rozszerzyć, a ciśnienie, przy którém się to rozszerzenie odbywa, służy za miarę oporności żywotnéj ścian żołądka, zależnéj, jak wiadomo, od kurczliwości jego błony mięsnéj. Wychodząc z założenia, że im większą będzie energija błony mięsnéj żołądka, tém większą prężność gazu on téż zrównoważy, ztąd mając dwa żołądki do badania o oporności (kurczliwości) ścian K_1 i K_2, to przy tych samych zupełnie warunkach i okolicznościach oporność (kurczliwość) ich będzie w prostym stosunku do ciśnienia słupka rtęci C_1 i C_2, zatém:

$$K_1 : K_2 = C_1 : C_2.$$

Przyjmując za miarę oporności ścian (kurczliwości błony mięsnéj) żołądka ten stan fizyjologiczny, jeżeli żołądek wytrzymuje ciśnienie gazu o słupku rtęciowym 10mm. czyli $K_2 =$

$= 1$, a $C_2 = 10$, to będzie wyraz dla oporności ścian (kurczliwości błony mięsnéj) żołądka:

$K_1 = \frac{C_1}{10}$; np. jeżeli doświadczenie okaże, że jeden żołądek wytrzymuje tylko ciśnienie 5mm. słupka rtęciowego a drugi 20mm., to w pierwszym przypadku oporność żołądka będzie $K_1 = {}^5/_{10} = {}^1/_2$, t. j. połowę fizyjologicznéj oporności, a w drugim $K_1 = {}^{20}/_{10} = 2$ czyli do pokonania oporu ścian (do wywołania stanu patologicznego) żołądka trzeba użyć dwa razy większéj prężności, niż w stanie przeciętnie prawidłowym i teraz należy szukać przyczyny, dla jakiéj rozszerzalność w pierwszym przypadku się zmniejszyła, a w drugim powiększyła; czyli przyczyna leży w błonie mięsnéj rzeczywiście czyli téż gdzieindziéj; a następnie biorąc na uwagę jeszcze pojemność żołądka można ocenić, jaka ilość pokarmu będzie najstosowniejsza do jednorazowego wprowadzenia do chorego żołądka, aby jeszcze nie przekraczała w danym przypadku względnéj fizyjologicznéj granicy. (Dok. nast.)

II. Kazuistyka lekarska w Turcyi.

Zebrał Dr. W. Jabłonowski.

VI. Praktyka sądowolekarska.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 42).

Od stopni tronu, z labiryntu pałaców nadbosforskich władzców, przejdziemy teraz na arenę pospolitéj, codziennéj działalności wschodnio-tureckiego społeczeństwa. Pierwszy tu przykład, w którym również działało poważne gremijum lekarzy, przekona nas, że tutaj nie już obawa i brak specyjalnego wykształcenia były powodem wypowiedzenia rozmijających się z prawdą opinij, ale że nienawiść rodowa, poparta fanatycznym wstrętem do wszystkiego, co nie muzułmańskie, w dochodzeniach sądowolekarskich bardzo poważną odgrywała rolę.

Przed paru laty na drodze prowadzącej z przedmieścia Pery do letniéj rezydencyi sułtańskiéj, zwanéj „Jełdyz-Kiosk,“ w zaroślach położonych w niewielkiéj nawet oddali od tego ostatniego, dwóch dystyngowanych jeźdźców, Onou radca poselstwa rosyjskiego i podpułkownik sztabu Komarów zostało napadniętych przez kilku dobrze uzbrojonych rabusiów. Nie przypuszczając, ażeby okolica tak bliska stolicy mogła być niepewną, jeźdźcy widząc się napastowanymi nie odpowiadali na wezwanie „stój,“ postępowali daléj i tylko szybkim zwrotem koni postanowili uniknąć spotkania, co rychléj kierując się ku miastu. Nim jednak zdołali swój zamiar doprowadzić do skutku, padło naraz kilka karabinowych strzałów, rabusie szybko umknęli, lecz p. Komarów ciężko ranny pozostał na miejscu. Wkrótce uniesiony z miejsca wypadku i umieszczony w szpitalu rosyjskim na Pankaldi (przedmieście), największą otoczony pieczołowitością, gość poselstwa i kolonii rosyjskiéj w Konstantynopolu, po paru dniach ciężkich cierpień, utratą życia zaznaczył swój pobyt nad Bosforem. Tak niespodziewany przypadek do głębi poruszył sfery całéj dyplomacyi europejskiéj. Władze tureckie pospieszyły przesłać ambasadorowi wyraz ubolewania z powodu tak przykrego przypadku i po załatwieniu téj urzędowéj formalności, poleciwszy kilku dygnitarzom towarzyszyć orszakowi pogrzebowemu, przyrzekły przeprowadzić śledztwo z całą ścisłością, odszukać winnych, i poddać ich karze wskazanéj paragrafami kodeksu. I gdy pod naciskiem i przy rozwinięciu całéj energii ze strony poselstwa rosyjskiego, policyja i żandarmeryja miejscowa zajęły się z pośpiechem wyszukaniem przestępcy, to jednak poszukiwania te trwały kilka tygodni, i dopiero po wielkich jakoby usiłowaniach udało się policyi uchwycić pewnego Mechmeda, który niespodzianie napadnięty w okolicy „Jełdy-Kiosku,“ broniąc się ranił żandarma i to właśnie sprawiło, że ulegając przeważnéj sile został wtrącony do więzienia i oskarżony jako morderca Komarowa. — Z ujętym w ten sposób Mechmedem delegaci z konsulatu rosyjskiego domagali się przeprowadzenia śledztwa jak można najrychléj, nastając na wydanie wyroku skazującego oskarżonego na śmierć. Innego jednak zdania było tureckie ministeryjum sprawiedliwości, którego zapatrywanie podzielał w zupełności i najwyższy Trybunał do spraw kryminalnych, ów bardzo ciekawy „Adlie-Medżelys,“ powabnemi kształty pałacu swych posiedzeń, wprowadzającego w podziw niejednego z dzisiejszych budowniczych, lecz niemniéj téż sławny i z głębokiéj wiedzy sędziów w prowadzeniu procesów karnych!

Po pierwszych dochodzeniach śledczych okazało się, że Mechmed nie poczuwa się wcale do zarzuconéj sobie zbrodni. Świadków i dowodów przekonywających nie posiadano wcale. I tylko włóczenie się oskarżonego w pobliżu miejsca zbrodni i zamiar czynnego wyswobodzenia się z rąk policyi, były obciążającym go zarzutem. Protokolarne zeznanie tego rodzaju przedstawione delegatom rosyjskim naturalnie nie mogło ich zadowolić. Ściślejsze dochodzenia więc postanowiono. Lecz dla ich przeprowadzenia potrzeba było czasu, i bez wyraźnie przekonywających dowodów sprawiedliwość turecka wzbraniała się wydać wyrok śmierci. Mechmed tymczasem pozostawał w więzieniu śledczém i niespodziewając się wcale, że będzie zmuszony do odegrania roli wcale sobie dotąd nieznanéj, pędził swój czas wesoło, a nawet jak na tureckiego więźnia bardzo wygodnie.

Na dochodzeniach śledczych znowu więc upłynęło kilka tygodni. Gdy nagle zaciekawiona do najwyższego stopnia publiczność za pośrednictwem miejscowych dzienników dowiedziała się, że oskarżony o zabójstwo Komarowa cierpi na pomięszanie zmysłów! O ile jednak podobna wieść była zdumiewającą dla mniéj interesowanych, o tyle ogłoszenie jéj przez prowadzących śledztwo było dla delegatów rosyjskich faktem zupełnie nieprzewidzianym. Dla przekonania się więc o istotnym stanie umysłowym Mechmeda zażądano zdania specyjalnéj komisyi, zaniedbując jednak postawienia warunku, ażeby do jéj składu weszli ludzie nauki, których opinija mogłaby być decydującą. Trybunał zaś mając widocznie na celu obronę muzułmanina oskarżonego o zabójstwo chrześcijanina, a co większa jeszcze Rosyjanina, korzystał z każdéj okoliczności sprzyjającéj jego widokom i nie ociągał się téż z ukonstytuowaniem komisyi lekarskiéj, lecz do jéj składu powołano naprzód kilku ugalonowanych baszów, jako przedstawicieli poważnego departamentu lekarskiego armii, ludzi bardzo kompetentnych w kwestyjach gastronomicznych i giełdowych, lecz zupełnie obcych wszystkiemu, co dotyczy postępowania sądowolekarskiego. Dla nich więc termina takie jak „deli“ i „dywane,“ wypowiedziane narządem fonacyjnym jednego z pomocników prokuratora były dostateczne do wypowiedzenia patryjarchalnego „Ewet“ (tak). Poważną lecz ograniczoną liczbę baszów powiększono jeszcze młodemi siłami, wybranemi również z pomiędzy lekarzy wojskowych, a pominąwszy zupełnie profesorów szkoły lekarskiéj złożono w ten sposób komisyję, o któréj opinii

odpowiadającéj zupełnie zapatrywaniu trybunału i wątpić nawet nie wypadało. Sprawiedliwość więc wzmocniona tego rodzaju fachowemi siłami, przystąpiła do zbadania stanu umysłowego oskarżonego. Badania trwały znów kilka tygodni. Codziennie przyprowadzano Mechmeda do komisyi, któréj członkowie zebrani zawsze w komplecie po kolei zadawali pytania oskarżonemu. Kwestyje, jakie mu zadawano, były bardzo proste. Nie pytano go o nic więcéj, jak tylko o to, czy jada, sypia i czy się nie nudzi w więzieniu. Odpowiedzi dawane przez Mechmeda cechowały się zawsze pewną bezładnością w wyrażaniu się. Towarzyszył im już to gwałtowny śmiech lub też zerkanie oczyma i stan niepokoju, ze stałém usiłowaniem opuszczenia sali. Żadnemu z członków komisyi lekarskiéj nie było powierzone badanie i śledzenie co do sposobu zachowania się oskarżonego w jego celi. I gdy jednego dnia Mechmed, rozgniewany czy znudzony, wyraził swoje wyznanie wiary: „że zabiwszy giaura o jednego zmniejszył liczbę członków znienawidzonych plemion,“ było to dla komisyi dowodem najzupełniéj przekonywającym, że obwiniony w istocie jest dotknięty stanem cierpienia umysłowego. Bo już to samo jego wyrażenie się przed komisyją najlepiéj wreszcie usposobioną dla ogółu „giaurów,“ potępiało nieodwołalnie stan duchowy jego. Pod takiémto natchnieniem został zredagowany protokół, którym dokonana zbrodnia została uznaną za czyn istoty umysłowo upośledzonéj. Tyle co do komisyi tureckiéj.

Na kilka dni przed sformułowaniem jéj opinii Trybunał zrozumiał potrzebę odwołania się do zdania Dra Mongeriego, b. dyrektora zakładu obłąkanych w Stambule. Skromny ten, sumienny i jedyny tu psychijatra, nie mało się zdziwił, gdy mu opowiedziano, że obradująca komisyja lekarska łatwo doszła do możności sporządzenia aktu o stanie umysłowym Mechmeda. Na zrobioną sobie propozycyję podpisania tylko protokółu, Dr. Mongeri wytłumaczył p. prezydentowi Trybunału, że bez poprzedniego poddania oskarżonego ścisłemu naukowemu badaniu w zakładzie dla obłąkanych, niepodobném jest sformułowanie opinii, a tém mniéj podpisanie aktu opartego tylko na przypuszczeniu. Jakkolwiek zdaniu psychijatry nic nie można było zarzucić, nie zgodzono się jednak na nie w zupełności. Zdanie komisyi tureckiéj wypadało poprzeć powagą nauki. Ztąd też zgodzono się wprawdzie na poddanie oskarżonego ścisłemu badaniu, tylko nie w domu dla obłąkanych, lecz we własnéj jego celi. Rozumiejąc nieuniknioną potrzebę podobnego postępowania, z powodu zaś swego urzędowego stanowiska będąc w niemożności opierania się programowi trybunału, wreszcie dla zadowolenia opinii publicznéj Dr. Mongeri zgodził się na przeprowadzenie swych badań w więzieniu. Prócz tego protest wniesiony przez delegatów rosyjskich przeciwko zdaniu komisyi tureckiéj, i domaganie się o zdanie uczonego specyjalisty, zachwiały wprawdzie sumieniem sędziów niezdoławszy jednak zmniejszyć siły ich przekonania, że zbrodnia popełniona przez Mechmeda jest czynem dokonanym przez pozbawionego zdrowego rozsądku. I ani dowody i cytaty, że słownictwo tureckie nie posiada terminów na oznaczenie szczegółowych stanów cierpień umysłowych, że wyrazy „deli“ i „dywane“ nie mają żadnego naukowego znaczenia, ani na jotę nie zdołały zmienić raz powziętego przekonania. Zaprzeczyły mu jednak najzupełniéj spostrzeżenia przeprowadzone przez Dra Mongeriego, które pozwoliły wreszcie wydać ściśle naukowe orzeczenie o stanie umysłowym Mechmeda Uważając za zbyteczne podawanie tu całego sprawozdania z uskutecznionego badania ograniczę się tylko do wzmianki, że wywiady o stanie zdrowia rodziny oskarżonego przekonały, iż wszyscy jéj członkowie cieszyli się najlepszém zdrowiem. Sam Mechmed, jedynak rodziców już nieżyjących, przepędził swą młodość na wsi anatolskiéj zajęty przeważnie uprawą roli. W wojsku nie służył; po śmierci rodziców doszedłszy do posiadania pewnych zasobów materyjalnych postępując za radą jednego ze swych młodych sąsiadów często odwiedzał Stambuł. Tutaj łatwo znajdując przyjaciół, z nimi prowadził życie próżniacze i rozpustne. Prędko wyczerpnąwszy swoje zasoby, w czasie wojny z Czarnogórą udał się tam z batalijonem Zebeków. Nie znajdując jednak przyjemności pozostawania w gronie dzikich, jak się wyrażał, anatolskich górali, powrócił sam do Stambułu. Odtąd pozostawał bez zajęcia. Okolice nadbosforskie miały dlań pewien powab. Stale więc prawie bawił po za miastem, od czasu do czasu odwiedzając swych znajomych i coraz bardziéj oddając się nałogowi pijaństwa.

Badanie dłuższe Dra M. nie wykazało żadnego zboczenia umysłowego; to też badający wypowiedział zdanie, że oskarżony o zabójstwo Komarowa „Deli“ Mechmed tak przed popełnieniem zbrodni jak i w ciągu dochodzeń śledczych w więzieniu cieszył się stale zdrowiem umysłowém. Raport taki przedstawiony Trybunałowi był dotkliwym ciosem zadanym komisyi tureckiéj przez energicznego psychijatrę. Lecz dla wyjścia z kłopotu łatwo znaleziono drogę. Wszak wiadomo, że w każdéj sprawie zdanie większości jest decydującém. I jakkolwiek w procedurze tureckiéj często zdanie jednego z otylszych dygnitarzy przeważa szalę sprawiedliwości, to jednak w naszym przypadku Trybunał znalazł się w konieczności zarządzić głosowanie, które też wypadło najpomyślniéj. Nie tylko bowiem większość członków komisyi lekarskiéj tureckiéj oświadczyła stanowczo, że zbrodnia popełniona przez Mechmeda była czynem dokonanym w stanie nieprzytomności umysłu, ale co większa, że nie uwzględniwszy opinii Dra Mongeriego dodała do protokółu, że oskarżony od dawna już cierpi na pomięszanie umysłu! Na jakich zaś danych zostało oparte podobne zdanie, to zbyteczna tłumączyć. To tylko pewna, że fanatyzm religijny i nienawiść rodowa i tym razem zatryjumfowały nad prawdą naukową ułatwiając tém samem i zadanie Trybunału, którego też i wkrótce wydany wyrok skazywał Mechmeda nie na karę śmierci, lecz na parę lat więzienia. Sensacyjny więc ten proces został ukończony. Uczeni sędziowie i poważni długością swych chałatów Ulemi spoczęli na wawrzynach. A i delegaci rosyjscy zdumieni najprzód treścią wyroku musieli go jednak przyjąć jako ostateczny wynik zdania wypowiedzianego przez większość. Zapadły wyrok nie zdołał jednak zmienić przekonania ogółu o zbrodni dokonanéj z rozmysłem. Miejscowa prasa uwydatniła niejeden fakt wadliwéj organizacyi sądów tureckich. Nie szczędzono też ostréj krytyki, na jaką zasłużyli ci tak zwani lekarze sądowi. Wszystko to jednak pozostało martwą tylko literą i z wywiezieniem Mechmeda na wyspę Rodus ucichły narzekania lepiéj poinformowanych. Dla czego jednak rząd rosyjski, tak zawsze dbały o zgromienie tureckiego niedołęztwa, będąc bezpośrednio interesowany w procesie nie wymógł na Trybunale odwołania się do opinii znanych psychijatrów? Prawdopodobnie tylko dla tego pominięto tę prostą i racyjonalną

drogę, bo miano już przykład na ex-sułtanie Muradzie, że pośrednictwo psychijatrów w kwestyjach wschodnich naraża zwykle na dość znaczne koszta, nie przyczyniając się wcale do wykazania istotnego stanu rzeczy. (Dok. n.)

III. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od r. 1879 do 1882.

Podał Dr. **Emanuel Rosenblatt.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 42).

5) Bezład ruchowy w przebiegu zimnicy.

Jan Fiut, chłopiec 7mioletni, przyjęty do szpitala 8 marca 1880. Według podania rodziców miała się choroba rozpocząć dnia 4 marca od dreszczu, bólu głowy, wymiotów i gorączki. 5 rano chłopiec czuł się o wiele zdrowszym i na własne żądanie udał się do szkoły. Z powrotem około południa przewrócił się na ulicy bez zadziałania jakiéjkolwiek przyczyny zewnętrznéj. Przytomności jednak ani na chwilę nie stracił. Zaraz po upadnięciu powstał, czuł się jednak bardzo niepewnym na nogach i z trudnością tylko — posuwając się wzdłuż ścian domów — po dłuższym czasie do domu się dostał. W domu zaraz ponowił się dreszcz, ból głowy i gorączka, a nadto przystąpił silny ból kłujący w boku lewym. W nocy gorączka jeszcze się wzmogła, a nazajutrz spostrzegł chory, chcąc iść na stronę, że nogi odmawiają mu posłuszeństwa. Dnia 6 i 7 leżał w łóżku, z którego nawet zejść nie mógł, chociaż leżąc na wznak odnogami dość swobodnie miał poruszać. Stan ogólny o tyle się poprawił, że gorączka chwilami — jak podano — opuszczała go, a dreszczu takiego jak w dniach poprzednich już więcéj nie miał. Potów znaczniejszych nie spostrzeżono. Mieszkanie jest bardzo wilgotne. Ponieważ osłabienie odnóg nie ustąpiło przy leczeniu domowém, oddano go do szpitala w dniu 8 marca, t. j. w 4 dniu choroby.

Badanie wykazało stan następujący: Chłopiec dość dobrze odżywiony, ze śladami krzywicy na czaszce i klatce piersiowéj. Obwód czaszki 49, cm. wymiar prosty 17 cm., poprzeczny 14 cm. Czaszka symetryczna. Stos pacierzowy prawidłowy, przy ucisku jednak na górną część piersiową miernie bolesny. Skóra barwy ziemistéj; na odnogach zaś dolnych sucha, szorstka i zgrubiała przedstawia znamiona świerzbiączki, gruczoły pachwinowe dość znacznie przerosłe. Błony śluzowe prawidłowo zabarwione. Narządy klatki piersiowéj prawidłowe, brzuch wysklepiony, śledziona znacznie przerosła, twarda, wystaje na szerokość 3 palców z poza łuku żebrowego; brzeg jéj jest tępy. Przy obmacywaniu chory żali się na ból. Pęcherz moczowy wypełniony, mocz odprowadzony cewnikiem jest wysycony, ciemno-czerwony, rozbiór wykazuje moczany w ilości znacznie zwiększonéj, chlorki w ilości prawidłowéj, białka ani śladu. Stolca od 24 godzin nie było. Ruchy odnóg górnych prawidłowe, dokładne, palce rozstawione jednak drgają mocno a wykonanie ruchów celowych więcéj skomplikowanych, jak np. zawięzywanie pętli przy koszuli pod szyją, dłuższego potrzebuje czasu. Przy położeniu na wznak wykonywa chory ruchy i ruchy odnogami dolnemi należycie: tak podnoszenie jak i zginanie i krzyżowanie odnóg odbywa się szybko i dostatecznie, natomiast przy zamiarze dotknięcia pewnego punktu palcami okazuje się niepewność polegająca na tém, że wpierw kilka razy odnogą cel ten ominie, a późniéj dopiero uda mu się go dotknąć. Czucie i lokalizacyja czucia prawidłowe, odruchy ścięgniste zupełnie zniesione, siła mięśniowa prawidłowa. Posadzony w łóżku pochyla się to w jednę to w drugą stronę, postawiony na ziemi rozkracza nogi, chwieje się i prawie natychmiast upada ku przodowi, trzymany na pasie pod ramionami i prowadzony rzuca odnogami, stawiając stopy potém z pewną siłą na ziemię. Mowa powolna lecz wyraźna, język wystawiony trzęsie się dość znacznie, akt połykania prawidłowy. Przytomność zupełna, inteligencyja znaczna, w dziedzinie zmysłowéj żadnych zboczeń nie ma. Chory użala się tylko na ból głowy i boku lewego. Ciepłota wieczorna 38·8° C. W ciągu dalszéj obserwacyi nie okazywała ciepłota w pierwszych 3 dniach żadnego typu wyraźnego, po upływie zaś tego czasu wystąpił wyraźny typ przepuszczający, a mianowicie wynosiła ciepłota dnia

9	marca	rano	38·0	wieczorem	39·0
10	„	„	37·8	„	39·0
11	„	„	38·5	„	38·5
12	„	„	37·3	„	40·2
13	„	„	36·8	„	40·0
14	„	„	37·0	„	39·3
15	„	„	36·6	„	39·0
16	„	„	36·8	„	38·5
17	„	„	36·8	„	33·8
18	„	„	36·6	„	39·6
19	„	„	37·0	„	39·2
20	„	„	36·8	„	39·5
21	„	„	36·8	„	37·3
22	„	„	37·0	„	37·1
23	„	„	36·8	„	37·2
24	„	„	36·8	„	38·6
25	„	„	37·0	„	37·3

Od 25 marca aż do wyjścia chorego ze szpitala nie spostrzeżono już nigdy podwyższenia ciepłoty. Nadto sprawdzono już 13 marca, że po gorączce dochodzącéj 40° następowały w nocy poty obfite na twarzy i w pachach. Utrudnione oddawanie moczu i kału utrzymywało się czas dłuższy, tak że często zachodziła potrzeba podawania olejku rycynowego lub lawatywy, a cewnikiem odprowadzano mocz aż do 20 marca, w którymto dniu po raz pierwszy chory sam mocz puścił. W dziedzinie ruchowéj uważano, iż bezład odnóg dolnych dość prędko się zmniejszał, 22 potrafił chory już jako tako stać i posuwać się, trzymając się łóżka, 25 idzie już bez podpory choć niepewnie, stać jednak z przymkniętemi powiekami jeszcze nie może, ani téż prędko się obrócić; drganie palców i języka utrzymuje się. 28 chód coraz pewniejszy, chory sam już z łóżka schodzi. 6 kwietnia chodzi śmiało, obraca się i wykonywa wszystkie ruchy dokładnie. 18 opuszcza szpital wyleczony.

Leczenie ograniczało się tylko do stósowania od czasu do czasu olejku rącznikowego lub lawatyw, do zaprowadzania cewnika i podawania wewnętrznie roztworu siarkanu chininowego, którego wyżył chory ogółem 10 gramów. Żadnych zresztą innych leków ani zewnętrznie ani wewnętrznie nie używano.

W obec cery zimniczéj, znacznego przerostu śledziony, typowego zachowania się ciepłoty i zupełnego wyleczenia po zażywaniu chininu, nie ulega najmniejszéj wątpliwości, że główną chorobą w powyższym przypadku była zimnica, pomimo, że w dniach pierwszych ciepłota była stałą, t. j. nie okazywała intermisyj, zimnicy właściwych. Wiadomo jednakowoż, że właśnie na wiosnę częstemi są podobne przypadki w okolicach zimniczych, w których człowiek okazujący

znaczny obrzęk zimniczy śledziony dawniejszéj daty, zapada nagle wśród objawów gorączki stałéj lecz nieregularnéj, dreszczów, bólu głowy, zatrzymania stolca i t. p., mających poniekąd pewne podobieństwo do objawów duru, tak że lekarz co do rozpoznania jeszcze się waha, aż niespodziewana apyreksyja i następujące już typowe napady pouczają go, że w przypadku danym miał tylko do czynienia z nieregularną postacią zimnicy.

Drugim objawem chorobowym w przypadku powyższym były zboczenia w dziedzinie ruchowéj objawiające się bezładem ruchowym odnóg dolnych, a w słabym bardzo stopniu i górnych. Że objaw ten nie był zawisłym od grubszych zmian anatomicznych w powrózkach tylnych rdzenia, t. j. że nie mieliśmy w danym przypadku do czynienia z sklerozą powrózków tylnych, w obec zupełnego braku wszelkich innych objawów chorobę tę cechujących, krótkiego czasu trwania, nagłego wystąpienia, i zupełnego wyleczenia, dowodzić nie potrzeba. Jakaż więc była jego przyczyna? Znaną jest rzeczą, że bezład ruchowy czynnościowy (*funktionelle Ataxie*) wystąpić może: 1mo na drodze odruchowéj po drażnieniu nerwów czuciowych obwodowych (w samogwałcie — Henoch), 2do w stanach niedokrewności po chorobach wyniszczających — czerwonce, biegunce, cholerze, a wreszcie 3tio w następstwie chorób zakaźnych (po płonicy — Henoch, po odrze Schepers, po błonicy — Rumpf, Langner, Berger, Leroux). O przypadku bezładu ruchowego na tle zimniczém w całéj dostępnéj mi literaturze wprawdzie wzmianki nie znalazłem, w obec faktu jednak, że sprawdzone są przypadki porażeń czynnościowych zależnych od sprawy zimniczéj, że w przypadku naszym absolutnie wykluczyć można było tak chorobę jaką zakaźną poprzedzającą wystąpienie bezładu lub przebiegającą równocześnie, a tylko stwierdzono zimnicę, że bezład ten ustąpił całkowicie po leczeniu wyłącznie tylko chininem, że odżywienie wreszcie chorego było dobrém a tenże nie okazywał bynajmniéj niedokrewności, że obserwacyja w tym kierunku poczyniona i ścisłe wywiady pozwalały na pewno wykluczyć samogwałt, nie waham się ani na chwilę, uczynić zawisłém wystąpienie bezładu ruchowego w tym przypadku od sprawy zimniczéj, a za przyczynę przypuszczalną uważam drobniutkie zatory barwikowe — tak jak je Eulenburg przypuszcza celem tłumaczenia porażeń zimniczych — czy to naczyń w tylnych powrózkach rdzenia pacierzowego, czy też tylko w korze móżdżka. (C. d. n.).

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. Ackermann (w Hali): **Tkankorództwo i histologija mięsaków.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 43)

Jakkolwiek więc badanie drobnowidowe świeżych mięsaków utwierdza nas w przekonaniu, że one nie powstają z resztek embryjonalnych komórek, tylko tak, jak przy odrastaniu tkanin z gotowych już komórek odpowiedniéj tkanki, jak tu n. p. tkanki łącznéj; jednak to wcale jeszcze nie dowodzi, że odradzanie się tkanin i tworzenie się mięsaków są identycznemi sprawami; bo mięsak nie wszędzie powstaje, gdzie przychodzi do mnożenia się komórek, tylko do jego powstania potrzeba pewnéj wrodzonéj lub nabytéj skłonności tkanek, a powtóre, że tkanka nowo wytworzona skutkiem ubytku, n. p. kostnina, nigdy nie dochodzi tak wielkich rozmiarów, jak mięsak, który rozrasta się, jak Virchow nazwał, atypowo, t. j. ponad stałe prawidła rozwoju tkanin. Drugi moment wchodzący w rachubę przy rozwoju mięsaków, t. j. drażnienie, jest o wiele mniejszéj wagi.

Że komórki mięsaków nie są niczém innném, jak zwykłemi lub powiększonemi komórkami tkanki łącznéj, nikt w obec nowszych badań dotyczących nowotworzenia się tkanek wątpić nie będzie i tak, jak komórka przybłonkowa może tylko powstać z przybłonkowéj, mięśniowa z mięśniowéj itd. tak i komórki mięsaków powstają z komórek tkanki łącznéj lub innych komórek tego samego rzędu, i to z komórek zupełnie wykształconych, nie zaś przypuszczalnych komórek między niemi się znajdujących, które niby miały stanąć na pewnym niskim stopniu rozwoju.

Rozwój mięsaków jest, jak wspomniano, w ścisłym związku z rozwojem naczyń, a szerzenie się ich w tkanki otaczające odbywa się w ten sposób, że wypuszczają małe wiązki, w których środku jest naczynie krwionośne, a tkaniny pierwotnie w odpowiedniém miejscu będące ulegają skutkiem ucisku zanikowi. Rozumie się, że łatwiéj stosunkowo nowotwór szerzy się w tych miejscach, które stawiają najmniejszy opór, a więc tkanka przestworowa i naczynia sąsiednie, podczas gdy inne tkaniny, jak mięśnie, nerwy lub gruczoły ulegają dopiero następowo uciskowi. Najlepiéj uwydatnia się znaczenie odporności tkanin w mięsakach wychodzących z okostnéj, zwłaszcza kości płaskich, n. p. mięsak wychodzący z zewnętrznéj powierzchni opony twardéj może na pozór, nienaruszywszy samych kości czaszkowych, rozwijać się na zewnętrznéj powierzchni czaszki. A. widział właśnie kilka takich przypadków, a w jednym z nich znalazł w kości, i to w miejscach odpowiadających naczyniom, podłużne smugi z komórek mięsakowych, łączące niejako nowotwór na zewnętrznéj powierzchni czaszki z nowotworem wewnątrz niéj się znajdującym. Komórki nowotworowe, rozmnażając się, wywolują następnie przez ucisk powolne wessanie tkanki kostnéj, przyczém nie zawsze widać pod drobnowidem komórki olbrzymie.

Największy opór stawia takiemu szerzeniu się nowotworu chrząstka z powodu swéj zbitości i braku naczyń, dla tego bardzo często napotykamy pośród tkaniny nowotworowéj mięsakowéj, n. p. w otoczeniu stawu kolanowego, chrząstkę stawu nienaruszoną, podczas gdy nasady kości udowéj i goleniowéj są zupełnie zniszczone i tkanką nowotworową zastąpione. Podobnie i okostna osłania niejako czasem przez długi czas kość przed wtargnięciem nowotworu, jak również powięzi i błony włókniste, jeżeli są bardzo twarde i posiadają mało naczyń; i ztąd to pochodzi też stosunkowo mała złośliwość otorbionych mięsaków. Ale równie łatwo jak tę t. zw. miejscową złośliwość tłumaczą powyżéj opisane stosunki i złośliwość ogólną; bo cząstki nowotworu wrósłszy w naczynie krwionośne lub przestwór limfatyczny idą za prądem krwi lub limfy. A więc nie nowotwór sam przez się jest złośliwy, ale złośliwość jego zależy od wielu okoliczności, a do tych należy także szybki wzrost nowotworu i jego umiejscowienie; ztąd mięsaki o małych komórkach szybciéj rosną, bo im szybciéj mięsak rośnie, tém mniéj czasu mają jego komórki przybrać większe rozmiary, gdy mięsaki o wielkich komórkach rosną powoli, ale nie dla tego, że mają wielkie komórki, tylko dla tego, że powoli rosną mają wielkie komórki: tak przynajmniéj zapatruje się na rzecz Virchow (*Geschwülste Bd. II, S. 295*).

Komórki mięsakowe jako komórki tkanki łącznéj nie mają same w sobie własności, któreby je usposabiały do szybkiego obumarcia a jeżeli w mięsakach bardzo często zda-

rza się rozległa wsteczna przemiana i martwina, to przyczyny ich należy szukać nie w samych komórkach lecz w innych warunkach, które utrudniają ich odżywienie a do tych należy przedewszystkiém niestosunek masy nowotworowéj do krwi, która się do niéj dostaje, następnie ucisk wzajemny komórek przy szybkim wzroście nowotworu, a wreszcie przemiana, któréj ulegają naczynia starszych mięsaków, t. j. że ściany ich grubieją, a tém samém światło się zwęża. Często także widzieć można większe i mniejsze wybroczyny pośród masy nowotworowéj, co nie tylko polega na stłuszczeniu lub zwapnieniu ścian naczyń, ale także na wielkiéj wiotkości tychże. Większe wybroczyny ulegają podobnym przemianom, jak w innych fizyjologicznych tkaninach, n. p. w mózgu, t. j. prowadzą do wytworzenia pęcherzy, ztąd *cystosarcoma.*

Wreszcie i nazwę samą „mięsaków" uważa A. za niewłaściwą, bo raczéj należałoby je nazwać włókniakami a odrębne ich własności, to jest, że komórki ich prędko się mnożą i nie mają czasu zamienić się na komórki włóknotwórcze, uwydatnić osobnym przymiotnikiem, lecz nazwa ta zyskała już prawo obywatelstwa w patologii, a ponieważ więcéj chodzi o pojęcie samo, niż o jego nazwę, przeto, aby nie wprowadzać nowego zamięszania w nauce dotąd i tak chwiejnéj, jaką jest histologija, lepiéj zostawić i nadal tę samą nazwę. *(Sammlung klinischer Vorträge v.* R. Volkmann Nr. 233—234). *Dr. Otto.*

Dr. Daniłło: **Przypadek czasowéj utraty pamięci.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 43).

Zastanawiając się nad opisanym przypadkiem, autor zadaje sobie pytanie, czy nie była to symulacyja? a jeśli udawanie da się wykluczyć, to do jakiéj formy zaburzeń umysłowych należy odnieść wyżéj opisany zbiór objawów?

Symulacyja musi mieć jakiś powód; chory nie popełnił żadnego czynu nagannego, a wreszcie sam kazał się prowadzić do policyi. Dalsze spostrzeganie i badanie chorego zmusza do wykluczenia symulacyi. Z zaburzeń fizycznych zapisać należy: wadę aorty, nierówność rozszerzenia źrenic, przepuszczalność tętna, sinicę, zadyszkę i bezsenność. Do czynników psychicznych należy silne wstrząśnienie, jakiego chory doznał, dowiedziawszy się o ślubie narzeczonéj.

Opierając się na znanym pewniku, że czynniki psychiczne mają wpływ na układ naczynioruchowy, objawy zaburzeń umysłowych zaszłych u naszego chorego możemy sobie wytłumaczyć. Rzecz wiadoma, że pod wpływem pognębiającego wstrząśnienia często utraca się świadomość; opowiadanie chorego dobitnie wykazuje, że z nim zaszedł właśnie fakt podobny; on również był czas jakiś nieprzytomny, a gdy świadomość wróciła, pozostało zboczenie umysłowe, pod postacią utraty pamięci, nazw ludzi i miejscowości; podobna utrata przytomności nie powinno zadziwić u człowieka z wadą serca, i dziedzicznem usposobieniem do chorób umysłowych. Obok powszechnie dziś uznanego wpływu chorób serca na zaburzenia umysłowe, w ostatnich latach ogłosił Dr. d'Astros pracę, w któréj skupił kilka przypadków utraty przytomności i afazyi u osób nawiedzonych chorobą aorty. Więc chory ten nie był symulantem. Zastanawiając się nad sprawą jego tracenia pamięci i następnego jéj odzyskiwania, zwrócić należy uwagę na niektóre osobliwości: początkowo zapomniał on wszystko (przeszłość i teraźniejszość), pamiętając tylko o swém nieszczęściu; następnie przypomniał sobie spotkania i rozmowy, jakie zaszły w czasie jego błąkania się po mieście, a stanowczo zapomniał fakty i nazwiska, od dziecięctwa sobie znane; lecz i ten stan nie trwał długo: nabytki pracy naukowéj pamiętał już w dniu przyjęcia do zakładu, następnie przypomniał sobie wszystko, co dotyczyło jego życia z okresu późniejszego, nie mógł tylko odzyskać wspomnień związanych z początkiem jego życia duchowego (własne nazwisko, miejsce przebywania rodziców itd.). Pod wpływem bodźców zewnętrznych (kalendarz, mapa) powróciła wreszcie pamięć nazw, imion i miejsc, poczém pamięć stała się prawidłową, jaką była przed utratą.

Utrata pamięci w postępującéj amnezyi, jakto ma miejsce w ogłupieniu i ogólném porażeniu, odbywa się podług stałego prawa, mianowicie wypadki z najbliższéj przeszłości zacierają się wcześniéj, aniżeli wrażenia z dalszego okresu życia; przypuściwszy, że i odzyskiwanie pamięci odbywać się powinno w odpowiednim porządku, widzimy, że u naszego chorego przebieg objawów nie odpowiadał wskazówkom powszechnie w literaturze uznanym. Chory ten deklamował całe ustępy w własnym i obcych językach, co dowodzi zupełnéj pamięci faktów i nazw, odnoszących się do szkolnego okresu jego życia; natomiast okoliczności i nazwy odnoszące się do jego rodziny, a więc fakty i wrażenia z czasów dziecięctwa, które przez to samo winny być gruntownie utwierdzone w pamięci, zatarły się zupełnie; rzecz znana, że nawet w starczém zniedołężnieniu umysłu pamięć wrażeń dziecięctwa utrzymuje się najdłużéj.

Jakże wytłumaczyć tę odwrotną ewolucyję utraty i odzyskania pamięci u naszego chorego? Czy należy przypuścić, że istniejące prawo chronologiczności utraty i odzyskania pamięci ulega takim wyjątkom, które to prawo pozbawiają znaczenia ogólnéj zasady? Dr. Daniłło sądzi, że nie należy przypuszczać podobnéj wątpliwości, a wyjątki od ogólnego prawa tłumaczy anomaliją indywidualnéj organizacyi. Jeśli się uwzględni, że w przypadku opisywanym mamy do czynienia z utratą pamięci u człowieka z dziedzicznem usposobieniem do chorób umysłowych, uległego przytępieniu czucia moralnego, to rzecz oczywista, że ten lub drugi objaw psycho-patologiczny w przejawieniu się swém odbieży od pierwowzoru zasadniczego. Klinika dawno już zaznaczyła fakt, że u ludzi z dziedzicznem usposobieniem do chorób umysłowych rzadko spostrzegać można psychozy w klasycznych wzorach, a natomiast spotykają się najwięcéj zajmujące anomalije. W opisanym przypadku autor nietylko nie widzi zaprzeczenia prawa o ewolucyi pamięci, lecz przeciwnie znajduje potwierdzenie jego, gdyż to zboczenie prawidłowego przebiegu stwierdza poprzednio już istniejącą funkcyjonalną anomaliję mózgu. *Dr. A. Kwaśnicki.*

Leopold: **Badania nad menstruacyją i owulacyją.**

Dla objaśnienia istoty miesiączkowania i wytwarzania jajek, czyli dojrzewania i pękania torebek w jajniku, jak niemniéj dla wyświecenia stosunku, jaki między temi dwoma zjawiskami zachodzi, przedsiębrano w naszych czasach wiele badań anatomicznych, które dotychczas jednak wielu tajemnic nie zdołały jeszcze rozświecić. L. należy się uznanie, że licznemi i ścisłemi pracami w tym kierunku, przyczynił się wiele do rozwoju i postępu téj części nauki.

W niniejszéj rozprawie przedstawia długi szereg obserwacyj zdolnych przyczynić się tém więcéj do wyjaśnienia rzeczonych zagadnień, ile że wyniki oparte są na bardzo dokładnych badaniach świeżych jeszcze preparatów, które pochodziły z jajników albo nagle zmarłych kobiet, albo rękoczynem wydobytych, przyczém oba jajniki były badane, a dzień ostatniéj regularności dokładnie był znanym. Jajniki świeże, powierzchownie badane, wkładał do alkoholu,

a potém badał. Dwie tablice, na których 32 preparaty przepysznie kolorowane są przedstawione, wiele się przyczyniają do łatwego zrozumienia rzeczy.

Po opisie postępowania technicznego wyklucza nieodpowiednie przypadki i pozostawia resztę 29ciu przypadków za podstawę badania i wniosków. Główne pytanie, na które L. zamierza dać odpowiedź, jest: Jaki stosunek czasowy zachodzi między dojrzewaniem i pękaniem torebki w jajniku i wytwarzającém się ciałkiem żółtém a miesiączkowaniem?

Opis makroskopijny okazów tyczy się zawsze obu jajników i zajmuje się głównie pęcherzykami i ciałami żółtemi. Jak obfitym jest materyjał dowodzi okoliczność, że prócz 2go, 4, 17, 19, 25, 27 i 28go dnia, zresztą znajdują się preparaty z wszystkich dni między dwoma peryjodami miesięcznemi, a niektóre dni mają po dwa lub nawet po kilka okazów. Jeden okaz przez operacyję zyskany z kobiety, która ostatni raz miesiączkowała przed 35ciu dniami, wykazuje fakt nader zajmujący, iż bez nowéj menstruacyi wytworzyły się w jajniku dwa świeże ciałka żółte.

W ostatecznym wyniku tych badań przyznaje sam Leopold, że zebrany materyjał nie wystarcza jeszcze do dania ostatecznéj odpowiedzi na powyższe pytanie, wiele jednak nowych rzeczy znalazł odnoszących się do pękania pęcherzyków i wytwarzania ciałek żółtych. I tak:

1. Na okazach z wszystkich dni między dwiema miesiączkami znaleziono już to dojrzałe właśnie pęknąć mające, już to świeżo pęknięte pęcherzyki. Możnaby więc z tego wnosić, że kobieta w każdym czasie zapłodnioną być może bez wpływu bliższego lub dalszego terminu miesiączkowania.

Zajmującém jest daléj częste wydarzanie się pęcherzyków wielokomórkowych o cienkich przegrodach, czyli innemi słowy ułożenie kilku folikułów obok siebie tak, że pęknięcie mogło obejmować kilka naraz, skutkiem czego kilka jajek równocześnie wyjść mogło, co w dalszéj konsekwencyi do ciąży bliźniaczéj, potrójnéj, poczwórnéj itd. prowadzićby mogło. Wreszcie zwraca L. uwagę na tak nazwane przez siebie folikuły krwawe (*Blutfollikel*), które mocno napięte i wypełnione świeżą krwią nie pękają, lecz przechodzą wsteczną metamorfozę, coby w związek wprowadzić można z pewną formą boleści śród miesiączkowania (*Dysmenorrhea ovarialis*).

2. Trudno w krótkości zdać sprawę z nadzwyczaj zajmującéj części téj pracy traktującéj o ciałkach żółtych. L. rozróżnia dwa rodzaje ciałek żółtych, t. j. typowe, które powstają po pęknięciu pęcherzyka podczas miesiączkowania i atypowe, które powstały po pęknięciu pęcherzyka poza miesiączką. Jednak badania L. wykazują, że mimo odbytéj regularności może nie wytworzyć się świeże ciałko, jak niemniéj, że mimo braku regularności powstać czasem może ciałko typowe. Ztąd wniosek, że może odbyć się menstruacyja bez owulacyi, jak niemniéj owulacyja bez menstruacyi. Na podstawie tych obserwacyj podaje w końcu L., że regularność jest typowém zjawiskiem organizmu kobiecego, mającém swoje źródło w jajnikach a wyraz zewnętrzny w macicy. Jest ona zjawiskiem należącém do rzędu innych zjawisk żywotnych peryjodycznych, jak np. tętno i oddechanie, których rytm etyjologicznie dotąd tak jest niewytłumaczonym jak i rytm czterotygodniowéj regularności. Co do stosunku czasowego między menstruacyją a owulacyją, orzeka L., iż pęcherzyki pękać mogą i pękają rzeczywiście w każdym czasie, najczęściéj jednak podczas regularności z przyczyn anatomicznych pod wpływem miejscowego przekrwienia. (*Arch. f. Gynäk.*, XXI, 3). *Dr. Kohn.*

Vossius: O stósowaniu jodoformu w okulistyce.

(Z kliniki okulistycznéj prof. Jacobsona w Królewcu).

Skutkiem gorącego zalecenia jodoformu przez Grossman a i Priestley-Smitha przeciw śluzotokowi rzeżączkowemu zastósowano ten środek w 3ch przypadkach tego cierpienia, które się równocześnie w klinice królewieckiéj znajdowały, ale musiano go już nazajutrz zaniechać, ponieważ obrzmienie powiek i spojówki jakotéż wydzielina tak się wzmogły, że ropa, która poprzednio zbierała się tylko w worku spojówkowym, spływała na policzek a wrzód zniszczył prawie całą rogówkę jednego oka, utworzył się zaś na drugiéj rogówce. Wypadało więc przejść do używania azotanu srebrowego, skaryfikacyj i lodowych okładów, za pomocą których udało się jaki taki wzrok uratować. Równie niedostateczném okazało się działanie jodoformu przeciw śluzotokowi u noworodków, w którego leczeniu nie zdołano obejść się bez azotanu srebrowego, skaryfikacyj i okładów lodowych. Co się tyczy jaglicy i łuszczki, autor nie może w ogólności zapisać działania pomyślnego, tylko w niektórych przypadkach jaglicy ostréj spostrzegał ustępowanie naczyń i wyjaśnianie się rogówki, mianowicie zaś znikanie bólów, ale w licznych przypadkach tego rodzaju następowało pogorszenie, które zmuszało do zaniechania tego środka po jednorazowém zastósowaniu. Jeżeli jodoform działa pomyślnie w przypadku łuszczki jaglicowéj, stwierdzić to można zaraz po pierwszém zastósowaniu. W tych przypadkach występowało niekiedy pod wieczór nieco zaczerwienienia i pieczenia w oku. Prócz tego próbował V. jodoformu w zapaleniu spojówki pryszczykowém, w łuszczce pryszczykowéj, w zapaleniu rogówki miotełkowém i miąższowém, przeciw naciekom rogówki i zapaleniom powierzchownym twardówki, ale we wszystkich tych cierpieniach nie widział działania korzystnego. Uderzająco pomyślnym natomiast był skutek w leczeniu wrzodów rogówkowych, a to tak otrętwiałych jak i zapalnych, w szczególności zaś pełzających (*ulcus serpens*). W ogólności leczono 90 przypadków wrzodów rogówkowych. Z tych 4 było gnuśnych u małych zawiędłych dzieci, u których prawie cała rogówka była owrzodziałą aż do najgłębszych warstw miąższu, tak, iż każdéj chwili obawiać się należało przedziurawienia. Po zastósowaniu jodoformu i opaski uciskowéj oddzieliły się żółte nacieki dna i brzegów w kilku dniach a wrzody pogoiły się najpoźniéj w 14 dniach bez przebicia rogówki. Równie pomyślne były wyniki w 50 przypadkach prostych zapalnych wrzodów, pomiędzy któremi niektóre były bardzo rozległe i głębokie. Przypady zadraźnienia ustępowały szybko, sprawa chorobowa ograniczała się równie szybko a po kilku dniach rozpoczynała się regeneracyja, co było hasłem do zaniechania jodoformu. Jeżeli towarzyszyło silne przekrwienie tęczówki zapuszczano atropin przed zasypaniem jodoformu. Ale najświetniejsze skutki odnoszono z jodoformu w wrzodach pełzających, których leczono 36 przypadków. W 3 z nich musiano dno wrzodu rozpłatać sposobem Saemischa, w dwóch z tych rozszerzyła się sprawa mimo rozpłatania i jodoformu na całą rogówkę i dała powód do powstania garbiaka, który zmusił do wyłuszczenia gałki ocznéj. Z pozostałych 34 chorych osiągnięto u 32 za pomocą jodoformu nadspodziewanie pomyślny wynik. Uderzało mianowicie, że blizny pozostające po zagojeniu się były znacznie mniejsze i bardziéj przeźroczyste aniżeli po jakiémkolwiek inném leczeniu. Skuteczność

miałkiego proszku i maści okazała się równą, pierwszeństwo dawano jednak proszkowi a zastępowano go maścią, jeżeli proszek sprawiał niemiłe tarcie. Lżejsze przypadki leczono w klinice ruchoméj a tylko w najcięższych trzeba było zalecać leżenie w łóżku. Ból dokuczliwy folgował lub ustępował zupełnie zaraz po pierwszém zastósowaniu jodoformu a razem z nim zmniejszało się łzawienie, światłowstręt, nastrzykanie i obrzmienie spojówki gałkowéj. Ropienie ograniczało się już w pierwszych dniach po zasypywaniu, dno i brzegi wrzodu czyściły się szybko, ropa nagromadzona w komórce przodkowéj niekiedy bardzo obficie znikała wkrótce a odradzanie się rogówki robiło szybkie postępy.

Prócz tego stósowano jodoform z pomyślnym skutkiem w przypadkach obrażeń rogówki i spojówki, po wydobyciu ciał obcych z rogówki, po operacyjach skrzydlika i po wyłuszczeniu gałki ocznéj. (*Graefe's Archiv f. Ophthalmol.* XXIX 1). *Rydel.*

Deutschmann: **Dalsze doświadczenia nad jodoformem.**

Nawiązując do dawniejszego sprawozdania swojego (patrz Przegl. Lek. Nr. 27 z r. 1882) podaje autor, że w klinice okulistycznéj gietyngskiéj stosują jodoform jako środek zapobiegawczy, przeciwgnilny po wszystkich operacyjach, mianowicie także po wszystkich operacyjach zaćmy. Wyniki zachęcają do dalszych doświadczeń, ale wypowiedzenie ostatniego słowa o skuteczności jodoformu w porównaniu z dawniéj używaném zapuszczaniem rozczynu kwasu borowego i karbolowego zachowuje sobie autor na późniéj. Co do jego użyteczności w leczeniu ropnego zapalenia rogówki z zebraniem ropy w komórce przodkowéj (*Hypopyon-Keratitis*) to dalsze doświadczenia nie zawiodły zaufania dawniéj wypowiedzianego, jakkolwiek wydarzają się pojedyńcze przypadki niepomyślnego zakończenia sprawy. Usilne zachwalanie jodoformu przez angielskich okulistów przeciw śluzotokowi skłoniły do ponownych doświadczeń w licznych przypadkach tego cierpienia u noworodków, a to w ten sposób, że jedno oko leczono jodoformem, drugie zaś za pomocą azotanu srebrowego. Porównanie skutków leczniczych wypadało zawsze tak dalece na korzyść azotanu srebrowego, że ze względów na dobro chorych odstąpiono od dalszych doświadczeń. To samo tyczy się jaglicy. Po licznych doświadczeniach porównawczych musiano stanowczo przyznać wyższość azotanowi srebrowemu i siarkanowi miedziowemu. Mimo to jodoform znajduje zastosowanie w pewnych okresach tego cierpienia, w których oko ani azotanu srebrowego ani siarkanu miedziowego nie znosi, a użycie tych środków świeże nacieki rogówki wywołuje. W takich razach jodoform okazał się skutecznym przeciw cierpieniu rogówki nie działając szkodliwie na spojówkę. W końcu wspomina D., że w licznych przypadkach śluzotoku woreczka łzowego przekonał się o zbawienném działaniu jodoformu. Po przecięciu przewódki łzowéj i probierczém wprowadzeniu grubego zgłębnika z guzikiem oliwkowatym (według najnowszego wzoru Bowmana) wprowadzał on gruby zgłębnik pusty do woreczka łzowego i wdmuchiwał do niego za pomocą balonika gumowego pewną ilość miałkiego jodoformu. Skutek bywał bardzo pomyślny, do zupełnego wyleczenia bowiem wystarczało zazwyczaj 4- do 5krotne wdmuchnięcie ponawiane z początku co 3, późniéj zaś co 6 do 8 dni. (*Graefe's Archiv f. Ophthalm.*, XXIX, 1). *Dr. Rydel.*

Wiadomości pomniejsze.

(γ) **Cotoina i paracotoina** są to dwa mało dotąd znane środki lekarskie, co do których Albertoni podał obecnie kilka nowych szczegółów (*Archiv f. exp. Path. u. Pharm.* Wrzesień 1883). Ośm lat temu przywieziono po raz pierwszy do Anglii korę *coto-coto* z Boliwii, co do pochodzenia nic więcéj o niéj nie wiedziano. Opisano dwa gatunki téj kory: *coto* właściwe i *paracoto*. Skład chemiczny kotoiny, dzielnego składnika kory *coto*, przedstawia formułka C_{22}, H_{18}, O_6. Podług Burkarta podskórne wstrzykiwania z jednego grama kotoiny pozostały u królików bez skutku. Pribram sądzi, że ta istota posiada przymioty przeciwgnilne i zaleca używanie jéj w małych dawkach w niektórych przypadkach biegunki u dzieci. Albertoni utrzymuje, iż często powtarzane małe dawki zwiększają apetyt u zdrowych, nie sprawiając nieprzyjemnych uczuć i zatwardzenia. Przy doświadczeniach z podskórnemi wstrzykiwaniami i wstrzykiwaniami do żył rozczynów alkalicznych kotoiny, jakie robiono na królikach i psach, nie wystąpiły żadne uwagi godne objawy. Środek ten nie wywiera téż żadnego wpływu na proces trawienia. Jest nierozpuszczalnym w soku żołądkowym i przechodzi niezmieniony do kiszek. Nie ulega wątpliwości, że zostaje pochłoniętym i wydzielany bywa z moczem jak się o tém Albertoni na samym sobie przekonał. Cechującemi kotoinę są żółte zabarwienie z alkalijami, czerwone z kw. azotowym, brunatno-żółte z kw. siarkowym. Czyniono téż badania w celu wykrycia wpływu, jaki kotoina może wywierać na procesy rozkładu czy to w przewodzie pokarmowym czy téż po za ustrojem. Biorąc wydzielanie indolu za wskazówkę wykryto, że podczas stosowania tego środka fenol nie znika z moczu. Niemniéj Burkart i Pribram mają słuszność twierdząc, że w przypadkach biegunki wśród użycia kotoiny ilość indykanu w moczu zmniejsza się. Albertoni jednak zaprzecza, jakoby to było skutkiem wyleczenia choroby kiszek. Z innych doświadczeń wynika, iż kotoina nie jest w stanie przeszkodzić gniciu w rozwoju bakteryj bądź w ustroju bądź téż po za nim. Wstrzykiwania rozczynów kotoiny do żyły szyjnéj i inne doświadczenia okazały, iż kotoina może sprawić rozszerzenie naczyń brzucha. Dotychczas nie znaliśmy środka, któryby posiadał podobny wpływ na naczynia otrzewny i kiszek. Salvioli znalazł, że przy sztucznéj cyrkulacyi nastoju makowcowego wzmaga się ilość krwi w kiszkach. Mosso wspomina, iż chloral wywiera podobny wpływ na krążenie w nerkach. Rozszerzenie naczyń włosowatych w ostatnich dwóch przypadkach zdaje się pochodzić od porażenia warstwy mięśniowéj. W rzeczy saméj makowiec i chloral zmniejszają parcie krwi, a po niejakim czasie krążenie krwi może ustać. Parakotoina jest słabszą kotoiną co do fizyjologicznego działania. Albertoni znalazł, iż pod względem terapeutycznym kotoina ma pewną wartość w przypadkach biegunki jakie się zdarzają w różnych przypadkach chorób umysłowych, w długotrwałym nieżycie kiszek, w czyszczeniach towarzyszących stanom wyniszczenia, w rozwolnieniach towarzyszących pelagrze, suchotach i chorobie angielskiéj. Kotoina jest przeciwwskazaną w stanach znacznego przekrwienia kiszek i tam gdzie istnieje skłonność do czernicy. Dawki większe (od 15 do 20 centygr. dziennie) mają być skuteczniejsze od mniejszych. Można przepisywać proszek w kapsułkach lub w zawiesinie z gumą itd. lub téż rozczyn w węglanie sodowym z wodą i gliceryną. Fronmüller sądzi, że po użyciu tego środka zmniejszają się rozpływne poty u suchotników. Parakotoina działa podobnie ale o wiele słabiéj niż kotoina. Zalecają téż mięszaninę *Magisterium bismuti* z kotoiną jako środek szczególnéj wartości. (*The Lancet* 1883 II, Nr. 16).

(γ) **Dyfteryja i płonica.** Pytanie co do identyczności jadu dyfteryi i płonicy było i jest przedmiotem wielu badań i wszystko, co się odnosi do téj kwestyi, zasługuje na uwagę. Ciekawy przykład sposobu, w jaki te choroby czasem obok sie-

bie istnieją i zmieniają się między sobą, podał H. W. Power w sprawozdaniu o panowaniu chorób zakaźnych w Whitstable. Dyfteryja wybuchnęła także w październiku 1880 r. i trwała aż do stycznia roku następnego. Wkrótce po jéj wystąpieniu pojawiła się płonica, a obie choroby istniejąc obok siebie dotykały jednocześnie różnych członków jednéj i téj saméj rodziny. Dyfteryja zaczęła znikać, kiedy szkarlatyna rozszerzyła się i przybrała niezwykle groźne rozmiary. Około połowy roku 1881 płonica zmniejszyła się a dyfteryja czasem groźna pojawiła się na nowo; a po zupełném zniknięciu płonicy z początkiem roku 1882 dyfteryja rozszerzyła się w całéj grozie i trwała srożąc się z większém lub mniejszém nasileniem przez cały rok. Przez ciąg tych różnych powrotów niejednemu z praktyków nasuwały się trudności w rozpoznaniu obu tych chorób. Zdarzały się przypadki ostrego zajęcia gardła połączone z wyraźną wysypką a zupełnie bez wypocin w gardle, w których mimo to nie pokazywała się w żadnym okresie choroby lub ozdrowienia jakakolwiek skłonność do łuszczenia, jakie zwykle po płonicy nastaje. Ośm lub dziesięć lat temu spostrzegano w Whitstable bardzo podobne zachowanie się tych chorób, dyfteryja była wyjątkowo niepomyślną a równocześnie towarzyszyła jéj płonica z również niepomyślnym przebiegiem. Dr. Power wstrzymuje się od uwag co do tego osobliwego zachowywania się tych chorób, już same fakta jednak są nader ciekawe. (*The Lancet*, 1883, II. Nr. 9).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo Lekarskie galicyjskie.

Posiedzenie zwyczajne Sekcyi lwowskiéj z dnia 7 lipca 1883.

Przewodniczący kol. Krówczyński. Członków obecnych 16.

1) Odczytano odezwę Komitetu jubileuszowego Sobieskiego wzywającą do zbierania składek.

2) Kol. Gostyński przedstawia ganglion, które przed 14 dniami wyjął u starszéj osoby i nadmienia, że po operacyi w kilka dni wystąpiły objawy szału u téj osoby, które tłumaczy działaniem gazy jodoformowéj.

3) Kol. Schattauer przedstawia 2 chorych ze stopą szpotawą: 8-letniego chłopca i $4\frac{1}{2}$-miesięczne dziecko ze stopą szpotawą na obu nogach. U obu chorych na lewéj stopie wykonał już operacyje, i dziś przedstawiają się stopy prawidłowo. Przy téj sposobności opowiada historyję operacyi stopy szpotawéj. Następnie okazał prelegent materyjał drzewny (*Holzstoffcellulose*), którego asystent prof. Brunsa używa do opatrunku przeciwgnilnego.

4) Kol. Bylicki okazuje narzędzia: *a*) flaszeczkę Fritscha do robienia wody karbolowéj o dowolnym składzie; *b*) Kateter Bosmana, przez Fritscha poprawiony, do wypłukiwania macicy; *c*) Skrobaczkę irygacyjną. Prelegent opowiada sposób ich użycia i wskazania do ich użycia. Kol. Strojnowski w 2 przypadkach używał skrobaczek irygacyjnych i dla dobrych zalet poleca je.

5) Kol. Bylicki opowiada historyję zaszłéj śmierci po porodzie u pani N. N., wywołanéj znacznym krwotokiem wewn. do jamy brzusznéj. Przypadek ten opisze w Przeglądzie Lekarskim. W rozprawie nad tym przedmiotem opowiada kol. Strojnowski, że w całéj literaturze, jaka mu tylko przystępną była, nie znalazł podobnego przypadku. Doglądał 3ch porodów u kobiet z *cystovarium* i nigdzie nie spostrzegł podobnego stanu; *hematokele* wyklucza z powodu, że chora ta przebyła poprzednio 7 porodów i ani razu nie powstało zapalenie otrzewny. Kol. Schattauer uważał w tym przypadku pęknięcie żylaka, z którego krew wylewała się między blaszki więzadła szerokiego do jamy brzusznéj.

6) Kol. Merunowicz opisał wystawę higijeniczną w Berlinie, z któréj co tylko powrócił. Dokładne sprawozdanie z wystawy ogłosi drukiem.

Na tém posiedzenie zakończono. *Dr. Pawlikowski.*

VI. O szpitalach w Londynie.

Londyn, 24go września 1883.

Londyn posiada przeszło pięćdziesiąt szpitali, nie licząc prywatnych domów zdrowia, zakładów ortopedycznych, których jest olbrzymia liczba. Ponieważ miasto szybko się zabudowywało w ostatnich dziesiątkach lat, przeto nawet szpitale, dawniéj za miastem położone, dziś znajdują się w bardzo ludnych częściach tegoż; do liczby takich należy i znany w Europie szpital dla suchotników w Brompton (*Consumption-Hospital*). Przeważna liczba największych szpitali londyńskich datuje początek swój od lat kilkudziesięciu, stu lub kilkuset; najstarsze szpitale są w ogólności i najpopularniejszemi, komfort sanitarny w wielu z nich o tyle był zastosowany, o ile przebudowywanie gmachów starych na to pozwalało. Centralne urządzenia opałowo-wentylacyjne zastosowane w kilku tylko szpitalach. Każdy większy szpital ogólny przedstawia zarazem szkołę lekarską. Służba zdrowia i personal szkół stanowią: lekarze [1]) i chirurgowie, konsulenci (*consulting-surgeons*), lekarze szpitala i chirurdzy szpitala, lekarze asystenci, chirurdzy asystenci, chirurdzy dentyści, lekarze rezydenci i chirurgowie rezydenci, chloroformiści, demonstratorowie, kurator muzeów, biblijotekarz, sekretarz szpitala i sekretarz szkoły lekarskiéj. Tak zwanych „lekarzy naczelnych“ lub *Chef de Clinique* nie ma w Londynie. W korespondencyi niniejszéj ograniczamy się do opisu kilku największych i najbardziéj znanych szpitali posiadających przytém szkoły lekarskie.

Szpital św. Tomasza (*St. Thomas Hospital*) jest najokazalszym ze wszystkich w Londynie i bezwątpienia należy do najokazalszych na świecie. Front pierwszego pawilonu wychodzi na ulicę Westminster-Bridge Road, cały zaś szpital rozciąga się nad Tamizą (nawprost parlamentu), z jednéj strony będąc rzeką odgraniczony, z drugiéj wychodząc na ulicę Palace-Road, od któréj kilka wejść prowadzi do rozmaitych pawilonów zakładu. Niektóre dane historyczne wykazują, iż szpital św. Tomasza istniał już w trzynastym wieku. W 15ém stuleciu rozszerzony został staraniem przeora Bermondsey, ówczesnego przeora zakładu; następnie przyczynił się do rozwoju jego Henryk VIII przeznaczywszy dlań znaczny zasiłek pieniężny. W szóstym dziesiątku wieku XVI. (za króla Edwarda) znowu nadano szpitalowi obszerniejszą organizacyję i nazwano go na pamiątkę pomienionego monarchy „*Kings Hospital*“ (nazwisko św. Tomasza, które posiadał zakład od chwili powstania swego, zachowano również). W téj epoce szpital przeznaczony był do przyjęcia 260 rannych żołnierzy, oraz dla ślepych i kalek. W czasie wielkiego pożaru londyńskiego w r. 1666 szkody poniósł on nieznaczne. Dalszy rozwój zakładu datuje się od początku bieżącego stulecia, kiedy wzbogacony został ofiarą pieniężną Sir Roberta Claytona, którego posąg zdobi tylny dziedziniec dzisiejszego budynku. W latach 1833 i 1839 rozszerzono znowu szpital.

Pierwsza wzmianka o biblijotece szpitala datuje się od r. 1561, właściwy zaś początek szkoły lekarskiéj datuje się od zeszłego stulecia, jak o tém świadczą niektóre rozporządzenia dotyczące wykonywania sekcyj za pozwoleniem intendenta zakładu, dotyczące liczby asystentów przy chirurgach itp. W r. 1781 założono szkołę anatomiczną, a jednym z pierwszych w niéj profesorów był znakomity Astley Cooper.

[1]) Żywioł chirurgiczny w ogólności przeważa w szpitalach londyńskich.

W tym też czasie powstało pokaźne muzeum anatomiczne szpitala.

Od chwili założenia do r. 1862 szpital znajdował się w okolicy mostu zwanego London Bridge. W r. 1868 założono kamień węgielny dzisiejszego gmachu, który w r. 1871 uroczyście otwarty został przez królowę dla użytku chorych. Urządzenie wewnętrzne szpitala odpowiada w znacznym stopniu wspaniałéj postaci zewnętrznéj. Szpital posiada sześć pawilonów przeznaczonych do przyjęcia pacyjentów, nadto jeden dla administracyi i jeden dla szkoły lekarskiéj. Pawilony, jakkolwiek połączone są ze sobą na parterze za pomocą szerokich korytarzy, zresztą stanowią zupełnie oddzielne budynki. Cztery sale znajdują się na parterze, reszta na pierwszém, drugiém i trzeciém piętrze.

Korytarze posiadają kamienną posadzkę. Wszystkich łóżek w zakładzie jest 572; z téj liczby około 180 przeznaczone są dla przypadków terapeutycznych, 230 dla chirurgicznych, reszta dla chorób kobiecych, wenerycznych, oraz dla chorób oczu; nadto istnieje sala dziecięca, do której przyjmują się dzieci do 6 lat włącznie, wreszcie odosobniony pawilon dla chorób zakaźnych.

Sale są nader obszerne; na jedno łóżko przypada 1.800 stóp sześciennych przestrzeni, w pawilonie zaś chorób zakaźnych po 2.500 stóp sześciennych na łóżko. Są one umieszczone w odstępach pomiędzy dwoma oknami. Okna te są nawprost przeciwległe sobie i wentylacyja odbywa się przez otwieranie górnych ich części. W każdéj sali znajdują się stoły wielkie z odczynnikami chemicznemi i mikroskopami. Przy urządzaniu sal dbano téż do pewnego stopnia o warunki estetyczne, przyjemne wrażenie na umysł chorych wywierające; ściany, jak zresztą we wszystkich szpitalach Londynu, upiększone są obrazami akwarelowemi oraz ozdobném pismem drukowanemi cytatami z biblij, których przedmiotem jest pociecha cierpiącym; osobliwość szpitala tego stanowią pianina w salach; w każdą niedzielę siostry odgrywają na nich hymny.

System opału centralny. W piwnicy znajduje się kocioł olbrzymi zużywający dziennie 45.000 galonów wody. Od kotła rozchodzą się rury trzy i pół cala średnicy mające po całéj piwnicy a ztamtąd cieńsze rozgałęzienia przechodzą do wszystkich sal i kurytarzy, i w niektórych miejscach tworzą zwykłe piece ogrzewające wodą gorącą.

Kuchnia nie otrzymuje wody ani pary z kotła centralnego, ale posiada własny kocioł, z którego przechodzą do rozmaitych oddziałów wielkiego pieca żelaznego para i woda wrząca.

Waterklozety posiadają tę cechę korzystną, iż ścianki zbiornika są prostopadłe, tak iż płyny o wiele łatwiéj ściekają niż w zbiornikach postać ostrokręgu mających; nadto połowa zbiorników jest niezmiernie gładka; przytém zbiornik posiada zawsze pewną ilość wody, albowiem ta napływa nie przy pociąganiu antaby mechanizmu a przeciwnie wówczas, gdy ta opada. W ogólności waterklozety w szpitalu tém lepiéj się przedstawiają niż wszystkie odmiany, jakie mogłem zauważyć na wystawie higijenicznéj w Berlinie [1]).

Szpital posiada dwie sale operacyjne. Są to wielkie amfiteatry, mające u góry pewną liczbę okien okrągłych jednoszybowych. We środku szklanéj kopuły zastępującéj sufit zwiesza się wielka rura wentylacyjna; w jedném miejscu przy ścianie znajdują się krany od ciepłéj i zimnéj wody. Obok sali operacyjnéj w bezpośredniéj z nią komunikacyi znajdują się: gabinet dla lekarza oraz drugi do chloroformowania. Pacyjentów więc wnoszą do sali operacyjnéj już zachloroformowanych, tak iż na uśpienie nie traci się czasu, gdy kilka operacyj następuje jedna po drugiéj, jak to się zwykle zdarza. Te sale operacyjne, największe i najokazalsze w Londynie, ustępują wszakże pod pewnemi względami pięknéj sali operacyjnéj znajdującéj się w nowym zakładzie klinicznym dla chorób chirurgicznych w Berlinie. Posadzka tam jest kamienna i niezmiernie gładka, od urządzeń wodociągowych przechodzi rura gumowa, za pomocą któréj można zmyć w ciągu kilkudziesięciu sekund całą posadzkę, poczém woda ścieka w jednéj chwili przez zasłonięty siatką żelazną otwór we środku posadzki. Znajduje się tam téż naczynie bez dna połączone za pomocą rury z piwnicą i przeznaczone do przyjęcia zużytych opatrunków i zanieczyszczonéj bielizny. Wreszcie wielką dogodność sprawiają szuflady w pierwszym rzędzie ławek amfiteatru od zewnątrz umieszczone i zawierajace komplety narzędzi chirurgicznych.

Wracając do szpitala św. Tomasza nadmienimy jeszcze, że rocznie przebywa tam około 4.000 chorych, około 2.000 położnic, a nadto 20.000 przychodzących chorych otrzymuje poradę. Przytém szpital przedstawia zarazem rządową stacyję wakcynacyjną.

Szkoła lekarska posiada wielką salę sekcyjną, pracownie: chemiczną i fizyjologiczną, oraz dość bogate muzeum anatomiczno-patologiczne.

Szpital św. Bartłomieja *(St. Bartholmew's Hospital)* należy do najstarszych i największych w Anglii i wsławiony jest wykładami i praktyką Harveya, Potta, Lathama, Abernetyego. Położony on jest w środkowéj części miasta, w bardzo ładnéj okolicy „City," zwanéj Smithfield, naprost wielkiego rynku i jatek, oddzielonych od szpitala wielkim skwerem.—Dla zwiedzających Londyn lekarzy obcych szpital ten posiada o tyle ważne znaczenie, iż regularne uczęszczanie do szkoły lekarskiéj na wykłady dozwolone jest bezpłatnie za okazaniem dyplomu, podczas gdy w innych szpitalach dość drogo kosztuje.

Szpital św. Bartłomieja założony został w r. 1123 przez Rahera, minstrela Henryka I, (Raher założył klasztor i szpital tego nazwiska). Po zniszczeniu klasztorów przez Henryka VIII za prośbą Greshama, ówczesnego lorda majora Londynu, odbudowal król w r. 1544 szpital i obdarzył go ze skarbu swego; wówczas zawierał zakład 100 łóżek, a personal medyczny składał się z jednego lekarza i trzech chirurgów. Zarząd szpitala powierzony był głównemu chirurgowi Henryka VIII (tenże chirurg Thomas Vicary piastował pomienioną godność i pod następnymi monarchami: Edwardem VI, Maryją i Elżbietą oraz był autorem pierwszego

[1]) Muszę tu wspomnieć o waterklozetach w szpitalu Brompton jako o urządzeniach, które jeżeli nie w każdym szpitalu w ogólności za nieocenione mogą być uważane, to w Polsce tém bardziéj, albowiem biedniejsze klasy u nas do tego stopnia nie zwracają uwagi na porządek i czystość, iż najłatwiejszych manipulacyj dla utrzymania takowéj unikają. Waterklozety i pisoary w szpitalu Brompton mogą być utrzymane w porządku bez wszelkiego udziału woli korzystających z takowych, a to za pomocą bardzo prostego i zresztą dość znanego inżynierom mechanizmu. Klapy waterklozetów połączone są za pomocą sztab i zawias z drzwiami, przy otwieraniu których odkrywają się otwory zbiornika i woda szybko i obficie spłukuje nieczystości. Pisoary są fajansowe. Zamiast podłogi w miejscu gdzie znajdują się one, istnieje krata żelazna, która pogłębia się pod wpływem ciężaru ciała; otwiera się przytém rura wodociągowa i woda płynie tak długo, jak człowiek stoi na kracie (w rodzaju znanych urządzeń Prysznica).

dzieła o anatomii w języku angielskim wydanego pt. „*The Englishmans Treasure.*") Harvey, znany na całém świecie z odkryć w dziedzinie fizyjologii krążenia, został lekarzem szpitala św. Bartłomieja w r. 1609 i pełnił obowiązki w ciągu lat 33ch wywierając rozporządzeniami swemi wpływ na całą administracyję szpitala. Początek szkoły lekarskiéj datuje się od r. 1662; w osiemnastym i na początku bieżącego stulecia do rozwoju jéj najwięcéj przyczynili się znani w całym świecie lekarze: Abernethy, William, Pitcairn, Brodie i Lawrence. Rozwój pracowni i muzeów szpitala datuje się od połowy bieżącego stulecia. (Dok. nast.).

Z wystawy higijenicznéj w Berlinie.

Berlin 1 Października 1883.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 43).

Grupy od siódméj do dwunastéj włącznie stanowią dział drugi. Z tych grupa siódma poświęcona ubiorowi i pieczy o skórę odznacza się tém, że zawiera wiele przedmiotów zupełnie na wystawie higijenicznéj zbytecznych. I co do téj grupy wypada mi powtórzyć to, co powiedziałem o drugiéj, reklama zanadto się tu rozgościła, zupełnie niepotrzebnie dopuszczono wielu wystawców, którzy skorzystali ze sposobności popisania się swemi wyrobami, chociaż takowe zupełnie nie kwalifikują się na wystawę higijeniczną. Dawniejsi higijeniści wiele zajmowali się sprawą zdrowego ubioru i wiele pod tym względem spisano dzieł, były czasy gdy nawet przepisami policyjno-lekarskiemi starano się wolność indywidualną w tym względzie ograniczyć. Wszystko to jednak w obec wszechwładnéj pani, jaką była i jest moda, okazało się bezskuteczném. W środku głównego gmachu wystawy berlińskiéj zdawać się może, żeśmy się znów do tych czasów wrócili, tyle tu rzeczy ubioru dotyczących, że można zupełnie zapomnieć, iż się jest na wystawie higijenicznéj. Trudno nawet zrozumieć, dla czego niektóre rzeczy znalazły tu pomieszczenie, z trudnością przychodzi w téj obfitości przedmiotów wyszukać rzeczy ciekawsze.

Habent sua fata libelli, powiedział Terentius Maurus, ale i badania naukowe mają swe czasy i w higijenie i w jéj działach leżą niektóre pola długi czas odłogiem, aż znajdą swego specyjalistę, który się niemi zajmie z upodobaniem, za nim zaś pójdą inni i wkrótce w literaturze pojawią się nieraz stosy książek o tym przedmiocie, który po niejakim czasie ustępuje pola innemu. Był np. czas, w którym pisano i pisano o szkodliwości gorsetów, wywodzono z nich wiele chorób, przypisywano im wszelkie złe skutki, a dziś nikt nie poczytuje odpowiednio dobranych gorsetów za zgubne dla zdrowia, a wielu nawet uważa je za konieczne. Obecnie na porządku dziennym staje sprawa higijenicznego obuwia. Niektórzy badacze, niejako specyjalnie, badania swe temu poświęcają przedmiotowi, np. prof. anatomii w Uniwersytecie zurychskim Meyer, który od dawna zajmuje się higijeną nóg i obuwia. Na ten sam przedmiot zwrócił téż uwagę przed kilku laty major wojsk szwajcarskich Salquin i niedawno przyszło nawet do sporu między obu badaczami o pierwszeństwo myśli, w którymto sporze Meyer odniósł palmę, okazało się bowiem, że już w r. 1858 wydał broszurkę pod tyt.: *Die richtige Gestalt der Schuhe.* Odtąd aż do téj chwili bada on tę sprawę wytrwale; na pozór wydaje się ona może małoznaczącą, ale wątpliwości nie ulega, iż źle zrobione obuwie staje się powodem długotrwałych i przykrych cierpień. Z drugiéj strony znów za daleko może niektórzy posuwają swój zapał w obwinieniu złego obuwia. Na wystawie berlińskiéj nie mniéj jak przeszło 40 wystawców wzięło udział w tym dziale, między nimi rozumie się Meyer i Salquin, wystawiając odlewy gipsowe nóg ze zboczeniami postaci w skutek nieodpowiedniego obuwia, kopyta szewskie odpowiadające warunkom higijenicznym, oraz już gotowe obuwie. Do rzędu za daleko może w téj sprawie idących zaliczyć wypada Dra Vötscha, mieniącego się specyjalistą dla cierpień nóg, który wystawił atlas z nie mniéj niż 97 tablicami, na których przedstawiono różne zboczenia, do jakich może dać powód niestosownie dobrane obuwie, równie jak i wystawę skarpetek z palcami na wzór rękawiczek; każdy jednak przedmiot miewa swych ekscentryków.

Inne części ubioru także znajdują się na wystawie w znacznéj ilości. Między innymi nie omieszkał skorzystać ze sposobności okazania ubiorów wedle swych zasad sporządzonych prof. Jäger ze Stuttgardu, którego imię powszechnego nabyło rozgłosu od czasu, gdy na jedném ze Zjazdów lekarzy i przyrodników niemieckich miał demonstrować duszę. Co do ubioru jest on zdania, że człowiek winien nosić tylko czysto wełniane ubranie. Zapatrywanie to jego nie znalazło dotychczas zwolenników pośród innych lekarzy higijenistów, równie jak sprawa poruszona przed kilku laty przez jego brata, iż ze sal szkolnych należałoby ławki usunąć, uczniowie zaś powinni przy nauce stać przy pulpitach. Różni fabrykanci powystawiali piękne okazy gorsetów i sznurówek dla osób dotkniętych różnemi chorobami, świadczące o coraz większym rozwoju bandażownictwa i o tém, że dziś nawet w chorobach wewnętrznych chcą niektórzy leczenie ortopedyczne stosować, widzieliśmy bowiem gorsety dla dotkniętych gruźlicą, rozedmą płuc itd. Do tego téż działu zaliczono wystawę chemicznéj pralni Grunera, noszącéj nazwę Judlina. Liczba nieszczęsnych przypadków i pożarów przez zajęcie się sukien, firanek i tym podobnych łatwo zapalnych przedmiotów jest, jak wiadomo, bardzo znaczną, wielkiéj więc wagi byłoby wykrycie środka, którym napojone przedmioty nie zajmowałyby się w styczności z ogniem. Środek taki wystawiła rzeczona pralnia; przedmioty nim napojone jak suknie, wiory, obicia, firanki, mimo ciągle obok nich utrzymywanego ognia, nie zajmowały się. Ten sam zakład wystawił téż środek noszący nazwę Neptunid; nadaje on sukniom nim napojonym własność nieprzemakalności nie pozbawiając ich zarazem przepuszczalności, przez co ubiory takie posiadają zalety ubrań gumowych a nie sprawiają nieprzyjemnego uczucia niedogody, do którego ostatnie dają powód tamując przeziew, i dla któréjto okoliczności nie można ich dłuższy czas używać. Pralnia, o któréj mowa, zajmuje się téż odwietrzaniem ubrań i to w przyrządzie patentowanym. Przyrząd ten składa się z naczynia zawierającego mięszaninę benzolu, siarczku węgla i tymolu, do którego wtłaczaném bywa za pomocą pompy powietrze. Z tego naczynia powietrze napojone parami wymienionych ciał przechodzi do cylindra ogrzewanego parą wodną. Do cylindra tego wkłada się inne naczynia, opatrzone otworami w ścianach, przeznaczone na to aby w niém pomieścić ubiory mające być odwietrzonemi. Naczynie to za pomocą odpowiedniego urządzenia może być w ruch wprawione. Odwietrzania dokonywa tu powietrze nasycone wzmiankowanemi parami i ciepło. Pary uchodzące przechodzą do innego przyrządu i służą jeszcze do odwietrzania materaców itd. Ubiory tak odwietrzane bywają jeszcze wypłukane i wysuszone. Do odwietrzania łóżek używają téż podsiarczynu sodowego z kw. siarkowym. Nie może ulegać wątpliwości, że sposoby te odwietrzania są bardzo skuteczne, jedynie tylko względy na kosztowność użytych środków prze-

mawiają przeciw nim. Za usiłowania swoje otrzymała ta pralnia medal srebrny.

Obok rzeczy do ubioru służących do grupy téj zaliczono także przyrządy do kąpieli i prania oraz różne pachnidła.

Urządzenia pralni, ważne pod względem ekonomicznym, pod względem zdrowia obchodzą higijenistę o tyle tylko, o ile zakłady te są nieodzownemi w szpitalach, i tu jednak względy techniczne rozstrzygają co do wyboru.

Pachnidla w dzisiejszych czasach nie mają już tego co dawniéj znaczenia, możemy je pominąć, aby zwrócić uwagę na urządzenia kąpielowe. (C. d. n.).

Zapiski z wystawy higijenicznéj w Berlinie.

Podług sprawozdań w *„Berl. klin. Wochenschrift“* i *„Deutshe medic. Wochenschrift.“*

Podał **K. M.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 34).

Ale nietylko w gimnazyjach spostrzeżono wzmaganie się liczby myopów w miarę posuwania się uczniów do klas wyższych; ten sam fakt stwierdziło wielu i w szkołach początkowych. Cohn znalazł w gimnazyjach klasycznych myopów 26·2%, w gimn. realnych 19·7%, w szkołach wydziałowych 10·3%, w tak zwanych elementarnych 6·7%, nakoniec w szkołach wiejskich 1·4%. Koppe z Dorpatu badając dzieci uczęszczające do ogródka Froeblowskiego, nie znalazl wprawdzie ani jednego przypadku myopii, ale za to tylko 2% emmetropów, resztę zaś t. j. 98% hypermetropów!

Te same fakty stwierdzili Ott z Lucerny, Erismann z Petersburga i Cohn, badając dwukrotnie pewną liczbę uczniów w odstępie trzechletnim. I tak Ott znalazł w r. 1873 z pomiędzy 66 uczniów: hypermetropów 28·8%, emmetropów 51·5%, myopów 19·7%; w trzech latach następnych połowa hypermetropów a czwarta część emmetropów uległa myopii, tak że w r. 1876 hypermetrów było już tylko 14·4%, emmetropów 37·8%, natomiast myopów 47·7%; prawie zatém połowa wszystkich uczniów należała do kategoryi myopów a oprócz tego u poprzednich 19·7% krótkowidzów wada ta wzmogła się znacznie.

Z tego wszystkiego wynika, że liczba krótkowidzów między młodzieżą szkolną wzrasta w stosunku prostym do wymagań i pracy, jakie szkoła nakłada.

Czy w powstawaniu myopii gra także jaką rolę wpływ odziedziczania, nie jest rzeczą rozstrzygniętą. Faktem jest tylko, że wczesnemu wiekowi dziecięcemu właściwą jest hypermetropija, która przy sprzyjających warunkach w wieku młodzieńczym przechodzi w myopiję. Zdaje się, że co najwięcéj przypuszczaćby tu można odziedziczanie skłonności do myopii. Jeżeli jednak tak jest w istocie, to przemawiałoby to tylko témbardziéj za tém, ażeby w szkołach usuwać wszystko, cokolwiek rozwojowi téj wady sprzyjać może.

O oświetleniu już mówiliśmy. Tutaj dodamy tylko, że powierzchnia okien w klasach powinna być w pewnym oznaczonym stosunku nie tyle do liczby uczniów, ile raczéj do powierzchni podłogi. W szkole barakowéj Bagińskiego przypada 5130cm. kw. na jednego ucznia; Cohn wymaga tylko 2050 a Erismann 2670, wszyscy trzej zaś zgadzają się na to, że powierzchnia okien do pow. podłogi winna się mieć, jak 1:5—5·5, co też i pruskie ministeryjum oświaty przyjęło za prawidło.

Że z wzrastającą coraz bardziéj liczbą wzorowych budynków szkolnych coraz mniéjszy procent młodzieży ulegać będzie myopii, spodziewać się tego należy na pewne, sądząc już z dotychczasowych spostrzeżeń. Nieraz dają się słyszeć narzekania, że wydatki na szkoły publiczne są za wielkie, że skarb krajowy czy państwowy nie może podołać wzrastającym w téj mierze wymaganiom i że gminy nie mogą sobie pozwalać stawiania kosztownych „pałaców“, zwanych szkolami. A jednakże gdyby się okazało, że wzorowe budynki szkolne wpływają na ograniczenie choćby tylko téj jednéj wady, jaką jest myopija, byłoby to dostateczną odpowiedzią na wszelkie zarzuty. Tam bowiem, gdzie zmniejsza się liczba myopów, nastały widocznie warunki, które niewątpliwie i na ogólne zdrowie młodzieży korzystnie wpływać muszą. Pomniejszanie się zatém liczby myopów śmiało uważać można za miarę poprawy stosunków zdrowotnych w szkole. Wzgląd ten zaś jest rozstrzygającym i powinien bezwarunkowo usuwać na bok wszelkie skrupuły i drobne zarzuty. Do szkół uczęszcza obecnie, a przynajmniéj powinna, cała młodzież obojéj płci, bo tak wymaga ustawa. Jeżeli więc szkoła wywiera szkodliwy wpływ na zdrowie uczniów już sama przez się, — co jest rzeczą udowodnioną, — to wpływowi temu podlega całe uczące się pokolenie! W obec tego faktu środki na dobre szkoły znaleźć się powinny, a nikt nie uwierzy, że ich niema; zwłaszcza w krajach, w których milijony idą na fabrykacyję coraz nowszego „systemu“ karabinów i armat i na inne wątpliwego pożytku sprawy, kosztowniejsze nieraz od najokazalszych „pałaców“.... Ostatni ten epitet, nadawany z przekąsem przyzwoitszym nieco budynkom szkolnym, nie stanowi zresztą właściwie żadnego poważnego zarzutu, bo gmach, w którym setki ludzi ma trawić najpiękniejsze lata młodości, nie może być nigdy za nadto wytwornym, w każdym zaś razie zasługuje na to, aby przy jego budowaniu przestrzegano przynajmniéj tych samych przepisów, jakie obowiązują przy budowie — koszar.....

Że jednak owe „pałace“ szkolne sowicie się opłacać mogą społeczeństwu, wpływając na zmniejszenie się liczby kalek i schorzałych między młodzieżą, na to już obecnie przytoczyć można dowody. Florschütz w Koburgu badal między innemi i stan refrakcyi oczu młodzieży uczęszczającéj do wytwornych szkół tamtejszych i stwierdził stanowczy ubytek liczby myopów. I tak w r. 1874 znalazł 12% i 14% krótkowidzów, natomiast w r. 1877 już tylko 4% i 7%. Postęp doprawdy wielki. W ogólności z pomiędzy 2323 uczniów było w r. 1873 krótkowidzów 21%, liczba ta jednak zmniejszyła się w trzech następnych latach do 15% (zob. Cohn l. c. str. 67).

Nie mało wpływa także na pogarszanie się wzroku uczniów nieprzestrzeganie przepisów higijenicznych co do książek szkolnych. Javal we Francyi wymaga, aby wiersz w książce nie był dłuższy nad 6—8cm. i aby na 1cm. wiersza nie wypadało więcéj niż 6—7 głosek. Francuska komisyja, któréj ministeryjum poleciło zdać raport o stanie wzroku u uczniów szkół publicznych, orzekło prócz tego, że wysokość wiersza wraz z wolną przestrzenią między wierszami powinna wynosić co najmniéj 3·384mm., w słownikach 3mm. Cohn i Weber żądają, aby głoski miały przynajmniéj 1·5mm. wysokości, natomiast komisyja sztrasburska, wybrana przez feldmarszałka Manteuffla do badania stosunków zdrowotnych w szkołach, podała tę wysokość dla książek klas niższych na 1·75mm. (Cohn l. c. str. 149 i nast.).

Tyle co do higijeny wzroku na wystawie berlińskiéj.

Za to co się tyczy słuchu, to z wyjątkiem dwóch tablic wystawcy Lucae, ilustrujących rozmaite zmiany chorobowe błony bębenkowéj, mających zatém raczéj patologiczną niż higijeniczną wartość, — nie znajdujemy prawie nic na wystawie. Anatomicznych bowiem modeli ucha, jakie tu wystawiono, przecież nikt do higijenicznych okazów nie policzy. Dla czego jednak zmysł słuchu, nie stojący wprawdzie na równi ze wzrokiem, ale bądź co bądź bardzo ważny, tak macoszego obejścia doznał w dziale szkolnym wystawy, — trudno zrozumieć. Tymczasem najnowsze badania wykazują, że zboczenia w zakresie słuchu daleko są częstsze u młodzieży szkolnéj, niżby się zdawać mogło. Uchodzi to jednakże najczęściéj uwagi nauczycieli z wielką szkodą uczniów, którzy w skutek tego słabo postępują w naukach a często najniesłuszniéj uważani są w szkole za nieuków i próżniaków. Weil stwierdził w Stutgardzie (1881 i 1882) przytępienie słuchu u 30% uczniów szkół pospolitych; Gellé znalazł 20%—25% dotkniętych tą samą wadą (*Revue d'hygiène*, grudzień, 1882) a zauważył przytém, że większość niedosłyszących niedorównywała bystrością umysłu i inteligencyją zdrowym kolegom, w szkole zaś miała opiniję nieuważnych i leniwych. Z tego wypływa, że nauczyciele większą niż dotąd powinni zwracać uwagę na słuch dzieci przy przyjmowaniu ich do szkoły, że następnie wykrywszy przytępienie słuchu u dziecka, powinni umieszczać je bliżéj siebie i w ogóle staranniejszą otaczać opieką, aby tym sposobem uniknąć podwójnéj krzywdy dla dziecka, które w przeciwnym razie i pod względem rozwoju umysłowego pozostaje w tyle i niewinnie narażone jest na zarzuty nieuwagi, lenistwa itp.

Co do opalania i wentylacyi w szkołach, to na tém miejscu podajemy tylko ogólną wzmiankę, pozostawiając sobie szczegóły na późniéj. We wszystkich nowszych budynkach szkolnych, których rysunki lub modele wystawa posiada, wprowadzony jest system opalania centralnego. W gimnazyjach berlińskich jakoteż w szkołach średnich wiedeńskich i w Schemnitz, dzieje się to za pomocą powietrza ogrzanego, w wielu innych miejscowościach za pomocą wody. Wentylacyja odbywa się drogą zwyczajnych kanałów aspiracyjnych, w kilku zakładach wszakże, jak np. w 99éj szkole gminnéj berlińskiéj, wprowadzono bardziéj skomplikowane urządzenie.

Jak wielce wentylacyja wpływa na skład powietrza w izbach szkolnych, przekonać się można z nader ważnych wykazów, jakie pruskie ministeryjum oświaty w tym przedmiocie sporządzić poleciło i na wystawę nadesłało. Za miarę zanieczyszczenia powietrza przyjęto tu oczywiście kwas węglowy.

Pierwsza tablica odnosi się do klasy sexty A. gimnazyjum Fryderyka Wilhelma w Berlinie. Badania dokonano 19 lutego 1883. W klasie piec kaflowy, wentylacyi żadnéj; drzwi i okna podczas pauz nieotwierane. O godz. 8éj rano a więc z początkiem lekcyj kwasu węglowego 1‰. (Podług Pettenkoffera może być tego gazu w powietrzu wdychaném, bez szkody dla zdrowia, 0·5—1·0 na tysiąc). Z każdą następną godziną jednak ilość CO_2 się wzmaga, wreszcie o godzinie 1 po południu dochodzi do 8·2‰! Tablica druga dotyczy klasy sexty B. gimnazyjum Wilhelma. Badano 15 stycznia 1883. Opalanie wodą ogrzaną. Wentylacyja przez otwory (żaluzyje) umieszczone we drzwiach i oknach. Podczas pauz drzwi w klasie otwarte. Kwasu węgl. o godz. 8 rano 0·5‰! o godz. 9 i 5 min. 2‰; o 10 godz. 10 min. 1·5‰; o godz. 11 i 15 min. 1·8‰; o godz. 12 i 10 min. 2·1‰. Natomiast pod koniec godzin wykładowych a więc przed pauzami: o godz. 9éj 3·3‰; o godz. 3·5‰; o 11 godz. 3·6‰; o 12 godz. 3·8‰; o 1éj godz. 4·1 pro mille. Różnica w ilości CO_2, wywołana samém tylko otwieraniem drzwi na pauzach jest tu widoczną, pod koniec lekcyj bowiem o godz. 1éj dwa razy większa ilość tego gazu jest obecną w sekscie A (8·2), niż w sekscie B. (4·1).

W tablicy trzeciéj widzimy wynik badań dokonanych w klasie sekscie A. gimnazyjum Ludwiki w d. 7 kwietnia 1883. Opalanie klasy powietrzem ogrzaném i wentylacyja za pomocą kanału aspiracyjnego. Ilość kwasu węgl. z początku godzin wykładowych: o 8éj godz. 0·6‰; o 9 godz. 7 min. 1·35; o 10 g. 10 min. 1·5‰; o 11 godz. 7 min. 1·45 pro mille. Pod koniec godzin: o 9 godz. 1·6; o 10 godz. 1·6; o 11 godz. 1·9; o 12éj godz. 1·75 pro mille Przy tym sposobie zatém opalania i wentylacyi ilość CO_2 nie dochodzi nawet połowy największéj ilości w klasie poprzedniéj a mniejszą jest znacznie od czwartéj części podanéj w tablicy pierwszéj.

W tablicy czwartéj są wyniki badań między godziną 8 a 1ą w klasie, w któréj od godz. 9 do 10 i od 11 do 12 uczniów wcale nie było. Opalanie i wentylacyja jak poprzednio. Tutaj ilość CO_2 dopiero w ostatniéj godzinie podnosi się o 0·3‰ nad miarę Pettenkofera, wynosi zatém 1·3‰.

Tablica piąta mieści badania dokonane w rozmaitych zakładach publicznych.

Nakoniec w tablicy szóstéj pomieszczono wyniki doświadczeń nad ilością CO_2, który wytwarzano w jednéj ze sal gimnazyjum Ludwiki, paląc od godz. 8 do 12 bez przerwy 50 świec. Do wentylacyi służyły 3 klapy, z tych jedna dla dopływu ogrzanego, świeżego powietrza, dwie inne, górna i dolna, dla odpływu powietrza zużytego. Gdy zamknięto wszystkie trzy klapy, ilość CO_2 wzmagała się szybko, wreszcie po 5ciu godzinach doszła do 6·6 pro mille. W 5ciu innych doświadczeniach, w których raz tę, drugi raz ową klapę odmykano, kwasu węglowego przybywało głównie w pierwszych dwóch godzinach, poczém ilość jego pozostawała w mierze. Najlepszym był skutek doświadczeń, gdy otworzono klapę dla dopływu powietrza świeżego ogrzanego i klapę górną dla odpływu powietrza zużytego.

Zbliżając się ku końcowi sprawozdania z téj grupy, wspomnieć chcemy jeszcze o bogatym zbiorze rozmaitych przyborów i materyjałów szkolnych, daléj o przyrządach gimnastycznych, świadczących swym doborem i ilością o należytém zrozumieniu ważności gimnastyki dla zdrowia młodzieży a wyznać musimy, że grupa szkół przedstawioną została na wystawie z tą starannością i znajomością rzeczy, jakie odpowiadają rozwojowi dzisiejszego szkolnictwa. Zasługę staranności o rozwój szkół przypisać zaś należy w Niemczech zarówno gminom, jak państwu. Co pod tym względem zdziałał Berlin, wspomnieliśmy powyżéj, o usiłowaniach zaś samego tylko rządu pruskiego niech świadczą następujące liczby: od r. 1873 do 1882 wzniesiono w Prusach 36 nowych gimnazyjów, na co wydano przeszło 17 milijonów marek. Co do szkół ludowych, to od r. 1874—81 wzniesiono nowych budynków 5975, rozszerzono 2710, odnowiono 2503, wszystko to kosztem przeszło 17 milijonów marek. Z tego przypadło 51 milijonów na miasta (rocznie 6⅓ milijonów), 66 milijonów na gminy wiejskie (rocznie 8 milijonów). Cyfry te, zwłaszcza gdy się je porówna z wydatkami na szkoły i oświatę w innych państwach, mówią same za siebie!...

Nakoniec wspomnieć wypada o odczycie, jaki podczas wystawy miał Dr. Kerschensteiner z Mnichowa, a to ze względu na treść z bliska obchodzącą szkoły. Prelegent mówił „o sposobie szerzenia się odry i płonicy, głównie w szkołach średnich i pospolitych". Ważna to kwestyja, zwłaszcza dla takiego miasta jak Berlin, które posiada 125 tysięcy dzieci w wieku od lat 6 do 15. Sądzono dotąd powszechnie, że przyrzut tychże chorób zakaźnych może się przenosić za pośrednictwem osób zdrowych. Prelegent nazywa to mniemanie błędném i występuje przeciw niemu energicznie. Należy podług niego zerwać z dotychczasowemi przepisami policyjnemi, podług których wydalono ze szkół dzieci, których rodzeństwo lub ktokolwiek z domowników uległ jednéj z tych chorób. Takie powiększanie zaniepokojenia domowego jest zupełnie niepotrzebne, tém bardziéj, że naraża się przez to domowników na opinię „zapowietrzonych". Swoje to zdanie przedstawił autor na zjeździe lekarzy w Mnichowie, lecz nie znalazł uznania. Wszakże ze zdumieniem przekonał się niebawem, że żaden z lekarzy nie był w stanie z własnego doświadczenia przytoczyć przykładu, aby odra lub płonica przeniosła się za pośrednictwem człowieka zdrowego. Wyniki dochodzeń w tym przedmiocie ze strony towarzystw lekarzy bawarskich oraz w drodze urzędowéj były również pouczające. Z połowy królestwa bawarskiego nadeszły sprawozdania zgodne z twierdzeniem Kerschensteinera. Tenże zaleca, aby nadal zaprzestano w szkołach dotychczasowego systemu. Uczniowie, których rodzeństwo zapadło na odrę lub płonicę, powinni być wydaleni ze szkoły dopiero w razie objawów choroby u nich samych. Także i co do ospy zaprzecza K., aby się mogła przenosić za pośrednictwem osób trzecich.

Na tém kończymy grupę szkół.

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

O Donoszą, iż niemiecka Komisyja wysłana pod kierunkiem Dra Kocha w sierpniu do Egiptu celem badań nad cholerą ukończyła swe prace, o ile dotyczą ony Egiptu, lecz że otrzymała zezwolenie prowadzenia daléj swych badań w ojczyźnie cholery w Indyjach. Komisyja więc ta, złożona z Dra Kocha i dwóch jego asystentow Drów Gafkyego i Fischera, opuściła już Aleksandryję, aby udać się do Bombaju. Ustanie epidemii w Egipcie nie tylko że pozbawiło Komisyję materyjału potrzebnego do dalszych badań, których wynik podaliśmy w przeszłym Nrze, ale nie dozwoliło stwierdzić swoistości prątka wykrytego przez szczepienie na zwierzętach. Poczynione jednak odkrycia usprawiedliwiają wysłanie Komisyi do ojczyzny cholery w celu dalszych poszukiwań, które zdaje się, że doprowadzą do wyników większego znaczenia. Nie ogłoszono dotychczas, do jakich wyników doszła Komisyja Rządu francuskiego. Śmierć z cholery Dra Thuilliera, kierownika téj Komisyi, niezawodnie wielce utrudniła jéj prace, bo gdy niemiecka Komisyja jest w drodze do miejsca dalszych poszukiwań, członkowie Komisyi francuskiéj powrócili do domu. (Według *The Lancet*).

Ω Za zgodą wszystkich mocarstw europejskich ma minister spraw zewnętrznych w Rzymie rozesłać wkrótce zaproszenie na międzynarodowy kongres lekarski. Kongres obradować będzie w dalszym ciągu nad sprawami, które na kongresie konstantynopolitańskim nie przyszły już na porządek dzienny. Przewodniczyć ma kongresowi minister Mancini wraz ze znanym lekarzem ministrem Bacellim.

Ω Skutkiem wpływu higijeny na szkoły w Niemczech a ztąd odpowiedniego urządzenia szkół krótkowidzenie u uczniów znacznie się zmniejszyło. Cohn we Wrocławiu stwierdził zmniejszenie się jéj z 21 na 15%; Florschütz w Coburg z 12 na 4%. Mało jeszcze tylko zwraca się uwagi na druk książek. Lekarz francuski Javal stawia pod tym względem następujące wymagania: 1) Wiersz w książce nie powinien być dłuższym nad 6—8 cm., 2) na jeden cm. niepowinno wypaść średnio więcéj niż 6 liter. Prócz tego Komisyja edukacyjna francuska żąda, aby wiersz wraz z należącém do niego miejscem wolném miał w zwykłych książkach 3,4 milimetr. wysokości, w słownikach zaś 3,0 milimetr. Cohn i Weber żądają, aby ustanowiono, że druk najmniejszy, jakiego wolno używać do książek szkolnych ma wynosić 1,5 milimetr. wysokości. Rozporządzenie najnowsze Namiestnictwa w Strasburgu oznacza jako najmniejszą wysokość 1,75 milimetr.

Ω Senator Montefioré Levi ofiarował Uniwersytetowi w Lüttich w Belgii 80 tysięcy marek na urządzenie pracowni elektrycznéj. Rząd skutkiem tego otwiera szkołę elektro-techniczną. Kursa mają trwać 4 lata, t. j. dwa lata na nauki i studyja ogólne (matematyka, fizyka, chemija) i dwa lata następne na studyja specyjalne (teoryja elektryczności, sposoby wydobywania elektryczności, przewodnictwo elektryczne, telegrafija, nauka o urządzeniu telefonów, nauka o oświetlaniu elektrycznością, elektrodynamika itd.). Dyrekcyję szkoły objął inżynijer E. Gerard. Wykłady miały się rozpocząć 15 bm.

Ω Hrabina Bose zapisała na cele naukowe Towarzystwu przyrodniczemu w Frankfurcie 800 tysięcy marek.

Ω Dr. Stanley opowiada w *The Louisville Medical-News*, że p. C., urodzona w r. 1854, wyszła za mąż w 1867. W 10 miesięcy po ślubie powiła dziecko, córeczkę, która już w r. 1882 poszła za mąż i w marcu r. b. powiła synka. Pani C. zatém została babką w 29 roku życia.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 14—20 października umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 31,6. Z płonicy umarło 0 (3 z. t.); z błonicy 0 (1 z. t.); z duru brzusznego 0 (1 z. t.); z róży 0 (1 z. t.); z wścieklizny 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach płonicy, 4 odry, 2 duru brzusznego. W tygodniu od 7—13 października umarło z ospy w Londynie 3. Leczyło się w szpitalach 68, świeżo zapadło 9. W Warszawie, Murcyi, Filadelfii umarło po 3, w Brukseli 6, w Nowym Orleanie 10, w Maladze 12, w Pradze 23, w Madrasie 29, w Rio de Janeiro 119. Z duru osutkowego umarło w Londynie i Maladze po 2, w Madrycie 5. Z cholery umarło w Aleksandryi od 30 września do 6 października 2, w San Francisco i w Nowym Orleanie od 17—22 września 113, w Kalkucie od 19—25 sierpnia 7, w Bombaju od 28 sierpnia do 4 września 64. Z febry żółtéj umarło od 16 do 81 sierpnia w Rio dę Janeiro 11.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 7—13 października umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 16,6; w Warszawie 29,9; w Poznaniu 26,7; w Wiedniu 22,7; w Budapeszcie 22,5; w Pradze 30,9; w Berlinie 24,7; w Wrocławiu 25,1; w Hamburgu 20,8; w Mnichowie 29,9; w Dreźnie 24,0; w Gdańsku 25,4; w Lipsku 17,8; w Bazylei 20,6; w Brukseli 22,8; w Amsterdamie 27,9; w Hadze 22,0; w Londynie 19,0; w Kopenhadze 19,8; w Stokholmie 14,6; w Chrystyjanii 17,1; w Petersburgu 24,3; w Odesie 33,8; w Rzymie 29,0; w Wenecyi 19,4; w Bukareszcie 25,7; w Madrycie 29,2; w Lizbonie 23,2, w Aleksandryi 33,2; w Nowym Yorku 25,6; w Filadelfii 21,3; w Rio de Janeiro 60,2; w Bombayu 34,8; w Madrasie 53,8. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 31 października. Na posiedzeniu 1ém tegoroczném, odbytém w d. 26 bm., Wydział lekarski zamianował Dra Wiczkowskiego asystentem przy katedrze chemii lekarskiéj na lat dwa.

* **Wiadomości osobowe**. Przy awansie listopadowym dwaj rodacy nasi posunięci zostali na wysokie stanowiska w hierarchii wojskowéj. Odznaczenie to zapisujemy z tém większą przyjemnością, o ile obaj pochlebnie znani są nie tylko w mieście ale i w Towarzystwie lekarskiém naszém, którego są członkami. Pierwszy z nich Dr. Konstanty Heumann, krakowianin i wychowaniec Uniw. Jagiell., do niedawna przełożony tutejszego szpitala garnizonowego, mianowany został starszym lekarzem sztabowym 1széj kl. i szefem sanitarnym w Budapeszcie; drugi Dr. Mikołaj Munk, lekarz sztabowy i przełożony oddziału w tutejszym szpitalu garnizonowym, mianowany został starszym lekarzem

sztabowym 2giéj kl. i kierownikiem szpitala wojskowego w Josefstadzie. Nam żałować tylko wypada, że obaj zacni i powszechnie szanowani koledzy opuszczają nas, ku największemu żalowi lekarzy i uczniów naszych, którzy w służbie swéj wojskowéj mieli w nich przychylnych i życzliwych przełożonych. — Daléj mianowani zostali lekarzami pułkowymi 2giéj kl. starsi lekarze Drowie Wilhelm Strzechowski w szpitalu garnizonowym w Ołomuńcu; Dyjonizy Biliński przy 75 pułku piechoty; Teofil Hankiewicz przy pułku 3 ułanów i Emil Kozłowski w szpitalu garnizon. w Mostarze w Hercogowinie.

* **Nekrologija.** W Wiśniczu umarł Dr. Mossór, lekarz tamecznego zakładu karnego. Prokuratoryja wyższa w Krakowie rozpisała konkurs na opróżnioną przez śmierć jego posadę, z terminem zgłoszenia się aż do 30 listopada rb.

Piśmiennictwo lekarskie. Otczoty o diejatielnosti odeskaho balneołogiczeskaho obszczestwa za 1881, 1882 i połowę 1883 roku pod redakcyją Dra Pogrebińskiego.

Towarzystwo balneologiczne odeskie, kierowane przez zasłużonego w literaturze lekarskiéj rodaka naszego Dra Moczutkowskiego, z biegiem lat składa dowody wzrastającéj żywotności i płodności naukowéj. Mamy w ręku sprawozdanie II. z czynności Towarzystwa za lata 1881, 1882 i połowę 1883, obejmujące 261 stronnic druku. Pokaźna ta książka zawiera: 1) Wyciąg z protokółów posiedzeń Towarzystwa w ciągu $2\frac{1}{2}$ lat; 2) tatystyczne sprawozdanie z miejskiego szpitala na Hadżybejskim limanie z r. 1880, przez Dra Smorczewskiego, s3) sprawozdanie z tak zwanego Oddziału limanowego miejskiego odeskiego szpitala za r. 1881, przez Dra Diterichsa; 4) spostrzeżenia meteorologiczne na Hadżybejskim limanie w ciągu sezonu 1880 r., przez Dra Czernera; 5) o ciepłocie morskiéj wody w zatoce Jałty i o potrzebie naukowych spostrzeżeń co do kąpieli w Czarném morzu, przez Dra Dmitrijewa: 6) o wpływie ciepłoty wody na wrażliwość odruchową przez Dra Rozensteina; 7) liczby służące do wykazania wpływu błotnych kąpieli na organiczną wymianę materyi przez Drnda Woronina; 8) materyjał dla naukowego zbadania odeskich limanów przez Dra Moczutkowskiego; 9) krytyka przez Dra Wojnę; 10) notatki o zakładzie błotnych kąpieli dla wojskowych w Sakach przez Dra Goldenberga. Leczenie hydropatyczne zajęło nader wybitne miejsce w terapii nowoczesnéj; skuteczność lecznicza limanów czarnomorskich jest bogatym czynnikiem przyrody w tego rodzaju zachodach. Otczoty, o których wyżéj mówimy, stanowią ważny przyczynek do poznania naukowego, klinicznego i technicznego limanów; poznanie to nietylko ze względu teoretycznego ma dla nas znaczenie: położenie geograficzne i stosunki etnograficzne wskazują nam rzeczywistą tego potrzebę, i temi pobudkami powodowaliśmy się w podaniu niniejszego sprawozdania. *Dr. A. Kwaśnicki.*

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 43: Dunina: O zapobieganiu i leczeniu suchot płucnych z punktu widzenia teoryi pasorzytniczéj; Pacanowskiego: Wrodzone połączenie komórek sercowych (dok.); Sokołowskiego: Przypadek porażenia kończyn dolnych natury histerycznéj. — W *Medycynie* Nr. 43: Janiszewskiego: Trzy przypadki drgawek jednostronnych, zwanych inaczéj padaczką Jacksona lub padaczką połowiczną (dok.).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie dnia 7go listopada o godz. 6éj wieczór w Sali Akademii Umiejętności zwyczajne posiedzenie, na którém po załatwieniu spraw administracyjnych kol. Wolfram odczyta: „Przyczynek do nauki o samoistném znużeniu serca.“

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:				
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 10 listopada 1883. № 45. Rok XXII.

I. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

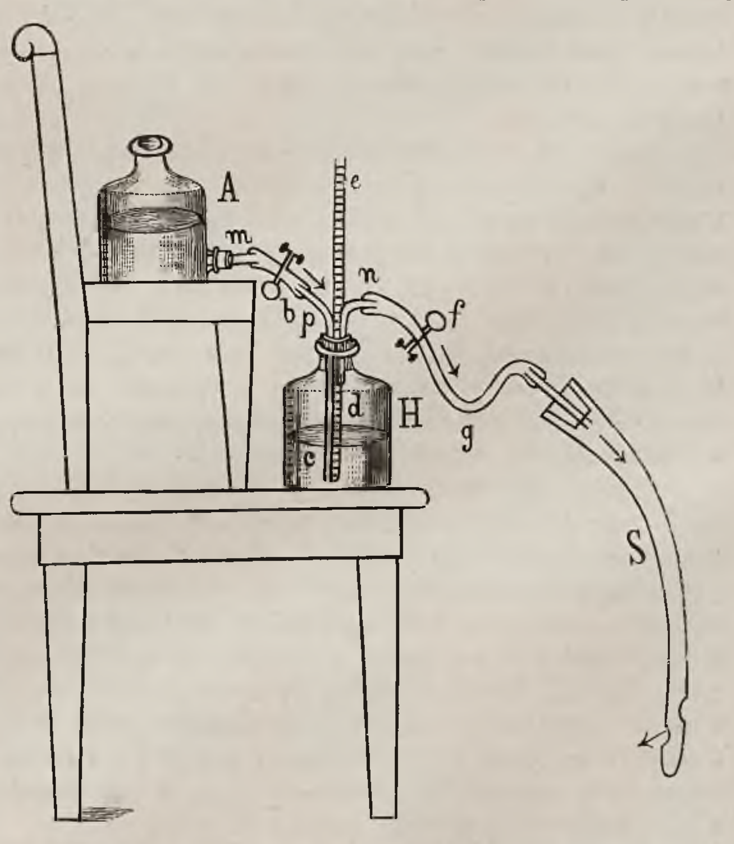
O zachowaniu się gazów w żołądku ludzkim i o zastosowaniu tychże w celach rozpoznawczych i leczniczych.

Wykonał i podał Dr. W. Jaworski,
docent Uniw. Jagiell.

(Dokończenie. Patrz Nr. 44).

Powyższy sposób oznaczenia oporności ścian żołądka będzie już w stanie fizyjologicznym bardzo względny, bo zależny od uczucia podmiotowego, ale w celach klinicznych właśnie zalecający się, bo pozwalający każdy przypadek indywidualizować; a w żadnéj może chorobie nie napotyka praktyka lekarska tyle indywidualnych szczegółów, jak w chorobach żołądka; tak, że możnaby powiedzieć, każdy chory ma swoją chorobę żołądkową. Dla tego może ta metoda mieć większe zastosowanie kliniczne, niż fizyjologiczne. A praktyczne znaczenie tego sposobu oznaczania pojemności i oporności ścian (razem rozszerzalności żywotnéj) żołądka leżeć będzie w tém, że daje liczebną miarę dla oceniania stopnia stanu patologicznego, a pożytek ztąd w połączeniu z innemi sposobami dyjagnostycznemi może być niemniejszy, aniżeli z używanego jeszcze dość często mierzenia pojemności płuc spirometrem, który przy małéj modyfikacyi w urządzeniu może również służyć i do wymierzania pojemności żołądka. Jak się oporność ścian żołądka przy różnych jego zmianach patologicznych zachowywać będzie, nie da się z góry orzec, gdyż na nią nietylko może wpływać stan błony mięsnéj ale sprawy chorobowe w innych warstwach ścian żołądka. Weźmy np. tylko na uwagę przypadek przeczulicy błony śluzowéj przy niezmienionych zresztą warunkach anatomicznych narządu.

Wykonanie mierzenia oporności (kurczliwości) ścian żołądka łączy się razem z mierzeniem jego pojemności i obydwa dadzą się uskutecznić następującym przyrządem mierniczym. (Fig. 2). *A* jest flaszka dopływowa z podziałką



co 50sz.cm. (w razie wlania odmierzonéj ilości wody do niéj i bez téjże). Tubulatura *m* téj flaszki jest w związku za pomocą połączeń z rurki szklanéj i kauczukowéj, (która ściskaczem *b* zaciśniętą być może) z flaszką mierniczą kalibrowaną lub też nie, jeżeli ilość wody odmierzoną zostanie) zatkaną korkiem kauczukowym o trzech otworach; jeden dla rurki *cp* łączącéj naczynie *A* z naczyniem *H*, drugi dla rurki *de* dość szerokiéj, podzielonéj na centymetry, na obydwu końcach otwartéj, a służącéj do mierzenia ciśnienia gazowego; trzeci otwór dla rurki wygiętéj *n*, która za po-

mocą rurki kauczukowéj *g* dającéj się zaciskać ściskaczem *f* jest połączoną ze zwyczajną sondą żołądkową *S*.

Postępowanie przy zastosowaniu tego przyrządu jest następujące: Naczynie *A* napełnia się odmierzoną ilością wody, podobnież i w naczyniu *H* znajduje się mała (odmierzona) ilosć wody. Dla zrównania ciśnienia odłącza się naczynie *H* od naczynia *A* i od sondy *S* i wszystkie rurki otwiera, poczém odczytuje wysokość słupka wody w rurce przy *d* nad poziomem cieczy pochodzącą od włoskowatości i tę ilość notuje; następnie połącza się, podczas gdy ściskacz *b* jest zaciśnięty, naczynie *H* z naczyniem *A*. Żołądek badany przygotowuje się do doświadczenia w ten sposób, że zakłada się sondę *S* z korkiem i rurką kauczukową *g* i osobnym aspiratorem żołądkowym [1]), przesuwając ostrożnie sondę wyciąga się powietrze ze żołądka tak długo, aż ściany miękkiéj sondy ciśnieniem powietrza nie zostaną zaciśnięte, poczém zaciska się rurkę *g* ściskaczem *f* i przystosowuje ją wraz ze sondą do rurki *n*, otwiera ściskacz *f*, a potém ściskacz *b*, to z naczynia *A* wpływa woda do *H*, a ztąd wypiera powietrze do żołądka, który się wydyma; ciśnienie w rurce *de* powiększa się, aż badany uczuje nieprzyjemne prężenie, poczém ściskacz *b* się zamyka i odczytuje zaraz wysokość słupka wodnego nad zwierciadłem wody w rurce przy *d*, odejmując od niéj pierwéj zanotowaną poprawkę w skutek włoskowatości; potém odczytuje lub mierzy się ubytek wody w naczyniu *A* a dla kontroll przybytek w naczyniu *H*, co daje ilość gazu, która przeszła do żołądka. Nareszcie zaciska się ściskacz *f* i wyjmuje sondę ze żołądka a do flaszki *H* wstawia się termometr dla zmierzenia ciepłoty gazu i wody. Przy tém doświadczeniu trzeba także znać stan barometryczny dla téj godziny, w któréj doświadczenie się odbywa.

Chcąc tym przyrządem wykonać kąpiel gazową żołądka, napełnia się naczynie *H* doświadczalnym gazem pozostawiając w niém małą ilość wody, (jeżeli trzeba z dodatkiem jakiego leku lotnego) a naczynie *A* wodą do pełności. Wkłada się sondę wentylacyjną (fig. 1) do żołądka i przystosowuje jéj rurkę *d* do rurki *n* przyrządu, otwiera ściskacz *f* i zwalnia ściskacz *b*, to gaz z flaszki mierniczéj przechodzi do żołądka w miarę dopływu wody i wychodzi rurką *d'* (fig. 1). Ilość przeprowadzonego gazu mierzy przybytek wody we flaszce *H* albo ubytek jéj w naczyniu *A*.

Chcąc z wprowadzonych przy doświadczeniach ilości sz.cm. gazu oznaczyć rzeczywistą pojemność żołądka, trzeba gaz w nim zawarty sprowadzić do objętości, jaką zajmuje przy odczytaném ciśnieniu słupka wody i ciepłocie żołądkowéj 38°C. Jeżeli zatém ilość dopływającéj wody do naczynia *H*, czyli ilość wprowadzonego do żołądka gazu, oznaczamy przez *V*sz.cm., wysokość słupka wodnego w rurce *de* po strąceniu poprawki w skutek włoskowatości przez $c^{mm.}$, a ciepłota pokojowa 18°C., żołądkowa zaś 38°C., stan barometryczny podczas doświadczenia przez *b*, to sprowadzona rzeczywista pojemność żołądka *V'* będzie:

$$V' = \frac{V[1+0{\cdot}00367(38-18)]b}{b+\frac{c}{13{\cdot}5}}, \text{ czyli}$$

$$V' = \frac{1{\cdot}0734\,Vb}{b+\frac{c}{13{\cdot}5}}$$

czyli wzór na pojemność żołądka wyrażając ją w sz.cm.

[1]) Obacz *Medycyna*, 1882, Nr. 45, jakotéż *D. Arch. f. klin. Med.* 1883, str. 227.

Oporność (kurczliwość) zaś ścian mierzona wysokością słupka rtęciowego wyrażona w milimetrach będzie:

$$k = \frac{c^{mm.}}{13{\cdot}5},$$

gdzie *c* oznacza wysokość poprawioną słupka wodnego, a 13·5 ciężar gatunkowy rtęci.

Błąd, jaki się mieści w otrzymanéj wartości dla *V'* w skutek pozostania kilku sz.cm. gazu w żołądku, a który objaśniony został w poprzedzającym ustępie, zostanie, jak z opisu doświadczania wynika, skompenzowany tém, że otrzymana pojemność żołądkowa *V'* oznacza także pojemność sondy z pewną częścią przełyku; dla tego o ile *V'* znajdzie się za małe z powodu pierwotnie pozostałéj ilości gazu w żołądku, o tyle powiększa go znów ilość powietrza potrzebna do wypełnienia sondy i części dolnéj przełyku, tak że może zajść obawa, czy w starannie uskutecznionych doświadczeniach nie zajdzie hyperkompenzata błędu zmniejszającego wartość dla *V'*. Wyraz na oporność ścian żołądka *k* daje wtenczas najściślejszą wartość porównawczą, jeżeli się znajdą dwa indywidua, które mają tę samą pojemność żołądka przy różném ciśnieniu gazu. Wtenczas jak najdokładniéj będzie oporność (kurczliwość) ścian jednego żołądka tyle razy większą, ile razy wysokość słupka wody, pod którym się gaz w żołądku znajduje, okaże się większą niż druga. Obliczając z przypadków w ustępie pierwszym téj rozprawy przytoczonych pięciu doświadczeń, pojemność żołądka i oporność ścian jego u badanego mężczyzny mamy:

Ilość wprowadzonego gazu.	Wysokość słupka wodnego
1160 sz.cm.	17cm.
1295 „	19 „
1293 „	20 „
1083 „	15 „
1320 „	20 „
Średnia 1230 sz.cm.	18cm. = 180mm.

Biorąc za średnią ciepłotę doświadczalną 18°C. a stan barometryczny 750mm., będzie z tych wartości według powyżéj przytoczonego wzoru ogólnego rzeczywista pojemność żołądka:

$$V' = \frac{1{\cdot}0734+1230+750}{750+\frac{180}{13{\cdot}5}} = 1271\text{sz.cm.}$$

O warunkach, śród jakich ten wypadek otrzymano, wspomniałem w ustępie III.

Oporność zaś ścian żołądka z otrzymanych średnich wartości oblicza się

$$k = \frac{180}{13{\cdot}5} = 13{\cdot}3\text{mm.}$$

co znaczy, że ściany żołądka badanego stawiają w granicy fizyjologicznéj opór ciśnieniu równającemu się warstwie o wysokości 13·3mm. rtęci a suma kurczliwości całéj błony mięsnéj równoważy ciśnienie słupka rtęciowego 13·3mm. Chcąc jednak ztąd wysnuć pewne dyjagnostyczne wnioski co do stanu żołądka, trzeba ze sobą koniecznie porównać obydwa wypadki, t. j. wielkość pojemności i oporność ścian żołądka. Te bowiem razem wzięte dają wyobrażenie i miarę jego r o z s z e r z a l n o ś c i żywotnéj. Jeżeli przypuszczamy np., że znaleziono znaczną pojemność żołądka obok małéj oporności, to z tego wyniknie konsekwentnie, że jest rozstrzeń żołądka z błoną mięsną atoniczną; jeżeli przeciwnie znaleziono małą pojemność a znaczną oporność ścian żołądka, to należy wnosić o znaczném stężeniu a może przeroście błony mięsnéj, o czém znowu rozstrzygają inne środki dyjagnostyczne.

W podobny sposób jak powyżéj oznaczono jeszcze pojemność żołądka i kurczliwość jego ścian u trzech indywiduów klinicznych. Wypadki tych oznaczeń są następujące.

1. J. J., l. 19, *Infiltratio apicum*. Żołądek zboczeń nie przedstawia. 28/12, 1882 rano na czczo można było wprowadzić aż do wywołania silnego uczucia prężenia w dołku podsercowym i w podżebrzu lewém 1140sz.cm. powietrza przy ciepłocie 18°C. i ciśnieniu 15cm. słupa wodnego. To samo doświadczenie nazajutrz rano naczczo powtórzone wykazało 1200sz.cm. powietrza przy 16°C. i 20cm. słupa wodnego.

Ztąd średnia nieredukowana pojemność żołądka wynosi $\frac{1140+1200}{2}=1170$sz.cm.; a kurczliwość ścian $\frac{15+20}{2}=17{\cdot}5$cm. słupa wodnego czyli $\frac{17{\cdot}5}{13{\cdot}5} = 13$mm. słupa rtęciowego.

Ilość wody, którą można było w tym przypadku przez sondę wlać do żołądka, wynosiła tylko 950sz.cm. przy 11°C. przy dalszém bowiem wlewaniu wody wystąpiły wymioty.

2. K. S., l. 30. *Catarrhus ventriculi chron.* 21/12 1882 rano naczczo zdołano wprowadzić 1565sz.cm. powietrza przy 18°C. i 21cm. słupa wodnego. Nazajutrz doświadczenie powtórzone wydało wypadki 1507cm.sz. powietrza przy 18°C. i 26cm. słupa wodnego. Ztąd średnia pojemność żołądka 1536cm. przy $\frac{235}{13{\cdot}5} = 17{\cdot}5$mm. słupa rtęci.

Ilość zaś wody, którą można było wlać do żołądka czczego pacyjenta aż do wystąpienia bardzo przykrego ciśnienia, wynosiła w jedném doświadczeniu 1855, a w drugiém 1780 sz.cm. przy 10°C.

3. W. Śl., l. 45. *Dilatatio ventriculi in potatore.* 28/12, 1882 zdołano wprowadzić do czczego żołądka 2476 sz.cm. przy 18°C. i 19cm. ciśnienia słupa wodnego, nazajutrz zaś 2538sz.cm. przy 19°C. i 24cm. ciśnienia wodnego; a trzeci raz 2494sz.cm. powietrza przy 20°C. i 24cm. ciśnienia. Średnio wynosi przeto pojemność 2503cm. sz. przy ciśnieniu średniém 24cm. słupa wodnego, a 17·4mm. słupa rtęciowego.

Przy wypełnianiu czczego żołądka wodą znaleziono w dwóch po sobie następujących dniach 2400 i 2500cm.sz. używając wody o ciepłocie 11°C.

Z tych kilku doświadczeń trudno jeszcze wysnuwać prawa fizyjologiczne lub patognostyczne. Tyle jednak okazuje się, że w stanach chorobowych pojemność żołądka się zmienia w kierunku dodatnim, a ściany jego na prężność mniéj oddziaływają, czyli że kurczliwość żywotna ścian żołądka słabnie.

II. Kazuistyka lekarska w Turcyi.

Zebrał Dr. **W. Jabłonowski.**

VI. Praktyka sądowolekarska.

(Dokończenie. Patrz Nr. 44).

Najnowszym i wielce doniosłym faktem z pola praktyki sądowolekarskiéj w Stambule jest dotąd niewytłumaczona śmierć Dra Kiatypiana, jednego z najbardziéj cenionych tu lekarzy, dzielnego kolegi i uznanego opiekuna biednych warstw tutejszéj ludności. Nagłe zniknięcie z pola uczciwéj pracy tego jedynego pośród bardzo rzadkich nadbosforskich filantropów wprowadziło w zdumienie wszystkie warstwy społeczeństwa. Jedni żałowali bezinteresownego lekarza, drudzy opłakiwali stratę dobroczyńcy; byli zaś i tacy co z prawdziwém zadowoleniem zacierali ręce widząc się już w posiadaniu jeżeli nie całéj, to przynajmniéj pewnéj części klienteli bardzo wziętego tu kolegi. Pomijam jednak towarzyskie błahostki, aby co rychléj wykazać szczegóły pełnego tajemnic przypadku.

Rzecz się tak miała: Dr. Kiatypian, oddający się przeważnie praktyce chirurgicznéj, został wezwany przez dwóch kolegów na naradę do chorego mieszkającego w Kadykiej, miasteczku położoném o pół godziny drogi od Stambułu. Udawszy się tam rano parostatkiem i po odbyciu wizyty, pożegnał się z kolegami i oświadczając, że ma zamiar odwiedzenia jednego ze swych chorych w pobliżu, wynajętym pojazdem udał się w kierunku do Kyzył-Toprak, miejscowości sławnéj ze swych ogrodów i rozrzuconych letnich pałacyków zamożnych tureckich dygnitarzy. Całą tę okolicę biegnącą wzdłuż wybrzeża i przerzniętą liniją kolei żelaznéj do Ismidu tu i owdzie rozdzierają głębokie wąwozy, pokryte gęstym zarostem bujnych krzewów. W pobliżu jednéj z licznych tu willi zatrzymał się Dr. K., odprawił powóz i podług późniejszych opowiadań woźnicy wszedł do jednego z większych domów tureckich, zupełnie ukrytego w cieniu drzew owocowych. Jak się późniéj przekonano, była to letnia rezydencyja dam pałacowych, wysłanych tu na tak zwany „Tymar“ (przewietrzenie), powierzonych straży czarnych rzezańców i niedostępnych dla nikogo ze zwykłych śmiertelników, z wyjątkiem tylko lekarzy. Czy zaś w istocie odwiedzenie chorego czy choréj sprowadziło Dra K. do téj powabnéj klateczki?, tego nie dochodzimy, przypuszczając tylko prawdopodobieństwo. To tylko pewna, że K. nie powrócił tego samego dnia do miasta, nie widziano go z powrotem w Kadykiej, więc prosta rzecz, że musiał pozostać na noc w Kyzył-Toprak. W istocie téż miało to miejsce; lecz była to dlań noc ostatnia, albowiem następnego dnia dwóch rybaków Greków spostrzegłszy zwłoki mężczyzny w niegłębokich wodach zatoki, wydobyli je na wybrzeże, pospieszywszy uwiadomić o tém policyję w Kadykiej. Opieszałość miejscowych władz w stwierdzeniu podanego faktu, zaszłego w miejscu wskazaném przez rybaków, pozwala przypuścić, że policyja przeczuwała, a może nawet i wiedziała, o rodzaju samego przypadku. Bo dopiero gdy zaniepokojona rodzina Dra K. zrobiła pierwsze kroki dla dowiedzenia się o miejscu jego pobytu, wtedy to, po upływie 38 godzin, wysłano felczera i kilku ajentów policyjnych dla przekonania się o prawdzie podanego przez rybaków odkrycia. Ci ostatni, razem z woźnicą, natychmiast uwięzieni, byli pierwsi i jedyni, na których rzucono podejrzenie zbrodni morderstwa. Tureccy zaś znawcy, przybywszy na wskazane miejsce, znaleźli zwłoki mężczyzny leżące w wodzie, okryte tylko zwykłą bielizną czystą i wyszukanego kroju, bez obuwia lecz w skarpetkach, i prócz zsiniałych ust, podbiegłych powiek, nie przedstawiające żadnych innych śladów obrażenia lub gwałtu. W oddali o paręset kroków i również nad wybrzeżem zatoki znaleziono tłumoczek zawierający w obszernéj białéj serwecie zupełnie nową odzież, złoty zegarek, buty a nawet i laskę. W kamizelce znaleziono kilka sztuk monety złotéj, a w kieszeni od paleta pugilares z biletami wizytowemi Dra K. Było to bardzo cenne odkrycie. Z niego bowiem przekonano się o tożsamości osoby, a niemniéj téż i o rodzaju śmierci, wykluczającym z góry samobójstwo a pozwalającym raczéj przypuścić morderstwo.

Wieść o znalezieniu zwłok Dra K. szybko się rozeszła.

Przypadek śmierci osoby tak powszechnie znanéj zainteresował do wysokiego stopnia nawet majestat samego Sułtana, który téż, poleciwszy przeprowadzić najściślejsze śledztwo, kazał delegować jednego z lekarzy pałacowych, mianowicie Dra Mülicha, w celu przeprowadzenia poszukiwań sądowolekarskich. Widoczna, że cała ta sprawa miała szczególniejsze jakieś znaczenie dla sfer pałacowych, gdy do przeprowadzenia śledztwa przeznaczono nie zwykłego jakiegoś urzędnika, lecz powierzone je prawnikom z zawodu, prokuratorowi Götscherowi, poleconemu przez rząd pruski i bawiącemu tu w celu zorganizowania sądownictwa tureckiego. Badania więc naprzód rozpoczęły się od uwolnienia posądzonych o zbrodnię woźnicy i dwóch rybaków. Lecz téż z têm uwolnieniem stracono i wszelką nić prowadzącą do wykrycia występnych. Niemniéj jednak pośrednictwo lekarza sądowego mogło i powinno było przyjść z pomocą naukową w celu wykazania przyczyn usuwających tajemnicę tego smutnego przypadku. Naznaczony przez Sułtana i jak się później przekonano z góry inspirowany Dr. Mülich, dobrawszy sobie aż kilkunastu innych kolegów, (w których liczbie figurowało i niejedno nazwisko europejskie) polecił przewiezienie zwłok nieszczęśliwego Dra K. do kaplicy znajdującéj się przy kościele ormijańskim na Perze, którą uznano za najodpowiedniejszą do odbycia oględzin sądowolekarskich. Lecz w trakcie przygotowywań do tych ostatnich prokurator sułtański zarządził rewizyję w mieszkaniu denata. Znaleść tam miano bardzo przekonywający dowód, że Dr. K. od dawna cierpiący na zadumę, tak sobie sprzykrzył obszerne stosunki towarzyskie, że dla ich przerwania uciekł się do samobójstwa, zażywszy przed udaniem się na naradę do Kadykiej znaczną dawkę morfinu, który nie działając jednak zbyt gwałtownie pozwolił mu jeszcze udać się do Kyzył-Toprak, a ztąd do wybrzeża zatoki, gdzie K. rozebrawszy się najprzód i mając jeszcze dość czasu do związania nawet swéj odzieży, wpadł nareszcie do wody, jakkolwiek niegłębokiéj to jednak wystarczającéj, ażeby pod wpływem zażytéj poprzednio trucizny przyspieszyć śmierć nieszczęśliwego. Takie oświadczenie ze strony prokuratoryi opierającéj swe zdanie na listach pozostawionych jakoby przez Dra K., a daléj i na zeznaniu pewnego myśliwego, który polując w okolicy Kyzył-Toprak, widział K., przechadzającego się nad wybrzeżem zatoki—były dostatecznemi do zaspokojenia ogólnéj ciekawości. Znajomi jednakże denata a nawet koledzy, zaproszeni przez Dra Mülicha, na wieść o samobójstwie, stanowczo wymagali, ażeby dokonano szczegółowych oględzin i ażeby jeżeli w istocie przyczyną śmierci miało być otrucie, przeprowadzono ścisłą analizę trzew brzusznych. Żądania têm większego nabierały znaczenia, gdy i sam prokurator oświadczył się za koniecznością dochodzenia sądowolekarskiego. W uskutecznieniu ich nie spotkano wreszcie żadnych przeszkód prócz ociągania się Dra Mülicha w wykonaniu powierzonéj sobie misyi. Przyczynę zaś téj niegotowości, wymawianie się zajęciem, odkładanie z jednéj godziny na drugą rozbioru zwłok, wytłumaczył nam następujący fakt. Dopóki w komentowaniu powodów rzekomego otrucia się brała udział tylko publiczność, dopóty pośrednictwo nauki uważano za jedyną racyjonalną drogę. Gdy jednak Sułtan kazał złożyć sobie raport o rezultatach dochodzeń śledczych, gdy mu przedstawiono, że one są oparte tylko na przypuszczeniach, że jedynie oględziny zwłok i ich rozbiór będą w stanie wykazać istotną przyczynę śmierci, cała sprawa natychmiast na inne weszła tory. Prokuratorowi kazano zaprzeczyć własnemu zdaniu i oświadczyć, że rozbiór zwłok jest zbytecznym, ponieważ znalezione oryginalne listy denata wykazują jawną przyczynę śmierci. Mülicha wezwano do jakiejś czynności w pałacu, bardzo wiele potrzebującéj czasu. Zwłoki oddano rodzinie, radząc przyspieszenie pogrzebu. W ukończeniu téj ostatniéj czynności, kierowanéj niewidomą ręką, zauważono pośpiech wcale niezwykły. Uprzątnięto więc ślady, nie usunięto jednak najrozmaitszych domysłów, które stały się przedmiotem codziennych towarzyskich rozmów. Ogół potępił Dra Mülicha, który z góry upoważniony do przeprowadzenia dochodzeń sądowolekarskich, jako lekarz poselstwa niemieckiego i dyrektor szpitala, nie pospieszył się z wykonaniem rozbioru zwłok, już choćby tylko dla tego, ażeby podnieść znaczenie medycyny sądowéj i wskazać konieczność uprawiania téj nauki w Turcyi. Przeniósłszy wkrótce ofiarowaną sobie dekoracyję nad sumienne wykonanie obowiązku, p. Dr. Mülich powiększył tylko liczbę tych indywiduów, dla których względy kamaryli mają większe znaczenie, aniżeli dbanie o godność nauki i sprzyjanie jéj postępowi!

Jednakże jakaż była istotna przyczyna śmierci Dra Kiatypiana? Zdaje się, że tak p. prokurator jak i osoby pośredniczące w jego delikatnych poszukiwaniach od chwili zajścia przypadku zaraz zostali wtajemniczeni w szereg okoliczności, które wywołały to nieszczęśliwe zajście. Ztąd więc i my powtarzając za głosem ogółu dumasowskie *„Cherchez la femme,“* dodamy, że Dr. K. stracił życie w pulchnych edredonach, rzuconych nań ociężałą ręką czarnych stróżów pałacyku w Kyzył-Toprak, zkąd go wyrzucono nad wybrzeże zatoki, gdzie go znaleźli wspomniani wyżéj rybacy. Pałacowa więc intryga nadzwyczaj dbała o zatajenie zarówno sposobu życia jak i śmierci istot okrytych tylko lub wpadłych w pajęczą jéj sieć, miała najzupełniejszą racyję ogłoszenia przypadku za samobójstwo, do czego posłużyły jéj znalezione listy, a głównie zręcznie opóźniane i niedoprowadzone do skutku poszukiwanie sądowolekarskie. Bo gdyby przyczyną przypadku był zbieg innych bardziéj pospolitych okoliczności, to z pewnością najprzód sama rodzina denata domagałaby się dochodzeń naukowych, podczas gdy w obawie zemsty haremowéj wolała ponieść i opłakiwać stratę jednéj osoby, aniżeli pozostawać w stałéj trwodze niechybnego prześladowania. Trochę to po ormijańsku, ale nie mniéj jest to cechującym wyrazem stosunku ludności tak do władz pałacowych jak i sądownictwa miejscowego.

Trzy zaś podane przypadki poczerpnięte z rozmaitych warstw społeczeństwa wschodnio-tureckiego, będące aż nadto wystarczające do zdania sobie sprawy o stanie, w jakim się tu praktyka sądowolekarska znajduje, pozwalają mi przejść na inne pole naszéj działalności, dopóki znowu jakiś ciekawy przypadeknie zwróci na się uwagi sędziego i lekarza.

III. Oceny i sprawozdania.

Laborde: **Doświadczenia nad działaniem chininu na serce.**

Hardy w jednéj ze swoich prac przypisuje nagłą śmierć niekiedy w przypadkach duru dużym dawkom chininu. Te uwagi były powodem doświadczalnéj pracy autora. Doświadczenia robiono na królikach, psach, świnkach morskich i żabach.

Nie będziemy tutaj streszczać obszernie opisanych sposobów, w jaki robiono doświadczenia, odsyłając w tym względzie do pracy oryginalnéj. Podamy tylko w krótkości wyniki tych doświadczeń.

Duże dawki chininu są w stanie powstrzymać czynność serca, a to na dwojakiéj drodze. Raz przez przedrażnienie (*Hyperexcitation inhibitoire*), a powtóre przez wyczerpanie, przez sprowadzenie arytmii i asystolii. Działanie takie chininu może więc w istocie tłumaczyć nagłą śmierć w durze i podobnych chorobach, połączonych z wysoką gorączką, skutkiem porażenia serca. Działanie chininu na serce może tutaj wystąpić tém silniéj, że skutkiem zmniejszonego wydzielania moczu ustrój nie może się pozbyć dość szybko wprowadzonego nagle do niego alkaloidu. Podobnie, zdaniem autora, mają także działać cinchonin i inne podobne alkaloidy. (*Compt. rend. de la Soc. de biol.* 7 ser. III. — *Schmidt's Jahrb.* Nr. 28, 1883). *Dr. Kopff.*

Dr. Kirnberger. **Przyczynek do leczenia prawdziwéj i wrzekoméj bielicy.**

Jeżeli w leczeniu chorób wewnętrznych rzadko udaje się nam odpowiedzieć wskazaniom przyczynowym, to w szczególności tyczy się to i bielicy prawdziwéj i wrzekoméj, chorób, których istoty i przyczyny, pomimo świetnych prac Virchowa i Moslera, dotychczas nie znamy dokładnie. Z wielu badaczy jedynie Klebs posądził dwoinki o przyczynę tych zagadkowych cierpień, a oparł swe domysły na kilku przypadkach, w których we krwi chorych spostrzegał te pasorzyty. Przypuszczenia Klebsa potwierdza doświadczenie Osterwalda i Mac Gillavrego, którzy za pomocą ługu potasowego i pikrokarminu mieli dwoinki w mikrocytach wykazać. Są to zbyt szczupłe doświadczenia, aby na nich opierać teoryje choroby i jéj leczenie. Jakkolwiek do dziś dnia nie zgodzono się z zapatrywaniami Cohnheima, który obok trzech form bielicy prawdziwéj przypuszcza analogiczne formy b. wrzekoméj: *1) Anaemia vel Pseudoleukaemia lienalis*, *2) Pseudoleuk. lymphatica vel Lymphoma malignum*, *3) Pseudleuk. medullaris vel Anaemia perniciosa*), to przecież wzgląd na wiele wspólnych objawów i skutków dla ustroju, pomimo różnic w ilości ciałek krwi białych, nakazuje ten związek przypuścić. Stanowczo zaś przemawiają za nim przejściowe postacie chorób tych od niedokrewności począwszy, aż do prawdziwéj bielicy, widziane niewątpliwie przez Littena, Fleischera i Penzoldta. Dziś wiadomo jest powszechnie, jakie skutki wywołuje w ustroju krew bieliczo schorzała. Najwybitniejszém jest zwyrodnienie tłuszczowe organów szczególniéj krążenia i ruchu w skutek niedostatecznego utleniania tkanek. Produkty znalezione w krwi, jak hypoksantyn, sarcyn, kwas mlekowy, mrówkowy, glycerynofosforowy, moczowy, leucyn i tyrozyn wskazują na nieprawidłową wymianę materyi i przemiany wsteczne. W ostatnich czasach Nencki i Sieber dostarczyli namacalnych dowodów niedostatecznego utleniania się krwi w bielicy, wprowadzając w krążenie oznaczoną ilość benzolu. Benzol nie zdołał się utlenić w ustroju na fenol, jak się powinno było stać, gdyby proces utlenienia w krwi prawidłowo się był odbywał. Przez uwzględnienie tylko tych okoliczności w leczeniu udało się autorowi w jednym przypadku, który w krótkości przytoczymy, zupełnie bielicę wyleczyć.

Chłopiec 10-letni po dłuższych zaburzeniach w czynności przewodu pokarmowego popadł w bielicę. Rozpoznanie opierało się: 1) na znacznym obrzęku śledziony, 2) zmianie stosunku ciałek krwi białych do czerwonych, 3) zmianie kształtu ciałek, 4) ogólnym upadku sił. Kolejne podawanie przetworów żelaza, chininu, arsenu, nie odnosiło żadnego skutku, choroba postępowała, a dzień śmierci już był bliskim. Tymczasem jako ostateczny środek zastósował autor obok wewnętrznego podawania przetworu arsenu wdychiwania czystego tlenu za pomocą przyrządu Limousina. Już po kilku pniach (dziennie użyto 30 litr. gazu) chory pokrzepił się nie do poznania, a po 10 dniach wstawał z łóżka. Śledziona się zmniejszała, a po 4 miesiącach takiego leczenia stosunek ciałek krwi był niemal prawidłowy, mikrocytów nie można było wykazać, a stan zdrowia zupełnie był pomyślny. Po przerwaniu zbytecznego już leczenia znowu po kilku miesiącach choroba zaczęła powracać, ale powtórne zastosowanie arsenu i tlenu przywróciło zupełnie zdrowie.

Co do działania przetworów arsenu to doświadczenie pouczyło, iż we wrzekoméj bielicy w wielu przypadkach z pomyślnym skutkiem były używane, w prawdziwéj prawie żadnego nie widziano. Binz przekonał się, iż żyjąca pierwoszcza zamienia kwas arsenawy w arsenowy, a ten pod wpływem tkanek ustroju znowu przechodzi w arsenawy, oddając im tlen. W organizm wprowadzony kw. arsenawy łączy się z sodem w arsenin sodowy, a ten utlenia się w arsenian sodowy, który znowu pod wpływem tkanek odtlenia się w sól pierwszą. Uwalniający się przy tém tlen łączy się z tkankami, a proces ten tak długo trwa, dopóki kw. arsenawy we krwi krąży. Arsen sam odgrywa tylko rolę chemicznego przenośnika czynnego tlenu. Stosownie do wprowadzonéj ilości działa on niszcząco lub tylko pobudzająco na tkaniny, w których dokonywa się proces utleniania. Ztąd to łatwo tłumaczy się znikanie glikogenu w wątrobie, a zwiększona ilość mocznika w moczu. Na mikroorganizmy działa arszenik rozkładająco, ztąd dwoinki i pierwoszcza ulegają zniszczeniu. Ponieważ kwestyja dwoinek w bielicy dziś jeszcze należy do dziedziny przypuszczeń, przeto słuszniéj jest przypuścić, że skuteczność arszeniku w téj chorobie polega najprawdopodobniéj wyłącznie na zdolności utleniania tkanek i wywierania na nich wpływu formatywnego. W pewnych postaciach téj choroby z przyczyn niewiadomych odbywa się proces utleniania niedostatecznie pomimo wprowadzenia do ustroju należytéj ilości tego leku. W takich razach koniecznem jest dla osiągnienia skutku trudny proces utleniania spotęgować przez doprowadzanie czystego tlenu, a połączone dopiero działanie arszeniku i tlenu stanowi wcale rozumny sposób leczenia, czego dowodem powyżéj przytoczony przypadek. (*Deutsche med. Wochenschrift*). *Dr. Fiałkowski.*

Dr. Seifert. **O działaniu agarycynu przeciw nocnym potom suchotników.**

Dawniéj często używany a dziś zapomniany środek przeciw potom nocnym zaczyna sobie dzielną skutecznością zyskiwać znowu zwolenników. Jest nim huba lekarska (*Agaricus albus*), którą podawali Wolfenden, Kruszka z proszkiem Dowera a Young z miodem w ilości 0·6—1·8 grm. ze skutkiem. Dodatek proszku Dowera miał na celu wstrzymywać nudności i biegunkę, które często występowały po użyciu czystego proszku huby lekarskiéj. W najnowszych czasach udało się uzyskać z huby lekarskiéj krystaliczną istotę agarycynem zwaną, która użyta wewnętrznie wstrzymuje poty suchotników a nie dzieli z hubą lek. szkodliwych następstw, tj. wymiotów i biegunki. Dawka zwykła wynosi 0·005 grm. w pigułkach. Nadto ma agarycyn sprowadzać sen i łagodzić kaszel, obniżać podwyższoną temperaturę i regulować tętno. Przetwory agrycynu, któremi autor doświadczenia czynił, pochodziły z fabryki Mercka z Darmstadu. Z doświadczeń na suchotnikach wykonanych podaje autor następujące wyniki: Najmniejsza dawka wstrzymująca poty wynosi 0·004, największa zaś 0·02 grm. Najstósowniéj po-

dawać ten środek w pigułkach. Po dłuższém lub kilkakrotném użyciu następowało przyzwyczajenie, środek wówczas nie działał bez powiększenia dawki. Ze względu na to, że agarycyn dopiero w 5 do 6 godzin po zażyciu rozwija całkowite działanie, należy go podawać na tyleż godzin przed wystąpieniem potów, aby skutek osiągnąć. Przeciw potom przed północą występującym zażywali chorzy już o godzinie 5téj wieczór pigułki, przeciw rannym około północy. Chorzy, którzy po stłumieniu potów występujących przed północą dostawali następowo rannych potów, musieli w odpowiednich porach dwa razy agarycyn zażywać.

Jako przykład znakomitego działania agarycynu przytacza autor przypadek, opisany przez Behrmanna, w którym chory po złamaniu 3go kręgu szyjnego, następowém rozmiękczeniu rdzenia pacierzowego i stłuszczeniu 2go zwoju szyjnego nerwu współczulnego prawego, doznawał silnych potów połowiczych, przeciw którym podany agarycyn w ilości 0·006—0·008 raz lub stósownie do potrzeby 2 razy dziennie, zupełnie je tamował. U 12 suchotników, u których agarycynu doświadczano, skutek działania odpowiadał poprzedniemu przypadkowi, a nudności i biegunki, zwykłych objawów po zażyciu huby lekarskiéj, wcale nie uważano. W dwóch tylko przypadkach autora skutek nie był zupełny, a w tych razach oddawał atropin znakomite usługi. Do wstrzykiwań podskórnych używał autor rozczynu:

Rp. Agaricin.
0·05
Alcohol. absolut.
4·5
Glycerini
5·5.

Z tego rozczynu wstrzykiwał raz lub 2 razy dziennie po strzykawce Pravaza. Miejscowo powstawało silne pieczenie, trwające około 1/4 godz., które chorych zrażało do następnych wstrzykiwań, tak, że ich autor zaniechać musiał. Zresztą działanie takie samo jak i po wewnętrzném użyciu.

Agarycyn jest przeto dobrym jakkolwiek nie bezwzględnym środkiem przeciw potom na jakiémkolwiek tle występującym. Najodpowiedniejszą postacią podawania są pigułki zawierające 0·005 i więcéj agarycynu. Dalsze próby z tym środkiem bardzo byłyby pożądane. (*Wiener med. Wochenschrift*). *Dr. Fiałkowski.*

Hofmeier (Berlin): **O wpływie cukrzycy na czynności części rodnych niewieścich.**

Że cukrzyca wywołuje u mężczyzn utratę płodności, jest rzeczą powszechnie znaną, podczas gdy u kobiet nie stwierdzono dotąd ani w jednym przypadku podobnego wpływu na zdolność płodzenia. Otóż H. opisuje przypadek, w którym u kobiety 20-letniéj, niezamężnéj, miesiączkującéj od 14go roku życia regularnie i bez żadnéj przypadłości, miesiączka nagle ustała na rok przed przybyciem do kliniki chorób kobiecych bez wiadoméj przyczyny, chora bowiem nigdy przedtém nie zaszła w ciążę. Odżywienie choréj nie pozostawiało nic do życzenia, części rodne zewnętrzne okazywały charakterystyczną zmianę świerzbiączki, która powstaje zwykle u osób cierpiących cukrzycę. Macica była bardzo mała, miała 5cm. długości. W moczu była spora ilość cukru, a badanie w narkozie wykazało, że i jajniki uległy znacznemu zanikowi. Ponieważ, jak powiedziano, żadnéj przyczyny tego naglego ustania regularności wykryć nie było można, przeto H. uwzględniając zmiany w czynnościach części rodnych męskich, w cukrzycy się zdarzające, przypuszcza, że i w tym przypadku była cukrzyca przyczyną tego znacznego zaniku.

H. przeszukał następnie protokóły kliniki od roku 1877 i znalazł na 14.000 chorych 31 takich, które cierpiały świerzbiączkę, lecz wszystkie te chore przekroczyły już wiek, w którym ustaje miesiączkowanie, liczyły bowiem w przecięciu po 47 lat. U 17 z nich nie badano moczu, w 7 przypadkach cukru nie znaleziono a z reszty chorych, t. j. 7, u których cukrzycę stwierdzono, dwie tylko nie przekroczyły jeszcze lat 50. Do tych ostatnich należała chora, o któréj wyżéj wspomniano; pozostaje więc jeden tylko przypadek, w którym byłoby można wykazać ten wpływ cukrzycy na części rodne lecz brak w protokóle dokładnych wiadomości co do miesiączki i stanu części rodnych wewnętrznych, chora bowiem zgłosiła się do kliniki przeważnie z powodu nieżytu pochwy obok cukrzycy i świerzbiączki. Autor zwraca uwagę, że jak się z przytoczonéj statystyki okazuje, cukrzyca występuje u kobiet przeważnie w późniejszym wieku i w ogóle rzadziéj niż u mężczyzn i to uważa za przyczynę tak wielkiéj rzadkości spostrzeżeń w tym właśnie kierunku. (*Berlin. klin. Wochensch.*, Nr. 42, 1883). *Dr. Otto.*

Dembo: **O niezależności skurczów macicznych od ośrodków nerwowych.**

W mózgu, w móżdżku, w rdzeniu przedłużonym i w rozmaitych częściach nerwu współczulnego znajdowali rozmaici badacze ośrodki skurczów macicznych, nie doszedłszy jednak dotąd do ostatecznego rezultatu. Przypuszczając, że może i na saméj macicy ośrodki te się znajdują, starał się D. drogą doświadczeń odpowiedzieć na następujące pytania:

1. Czy znajdują się na macicy punkta, przez których zadrażnienie elektryczne można wywołać zupełny skurcz macicy?

2. Czy przez zadrażnienie takich punktów można wywołać zupełny skurcz macicy także po przerwaniu łączności między macicą a ośrodkami nerwowemi, czyli na wyjętéj macicy?

Na mocy doświadczeń wykonanych już to w pracowni, już to w rzezalni na rozmaitych zwierzętach, rozmaitemi sposobami ubitych, doszedł D. do wniosku, że skurcz macicy zupełnie jest niezależnym od ośrodków nerwowych, a ośrodki skurczów macicznych położone są w górnéj części przedniéj ściany pochwowéj, gdzie udało mu się odnaleźć liczne komórki zwojów nerwowych, przez których podrażnienie na wyjętym nawet organie wywołać mógł zupełny skurcz macicy.

Podrażnienie elektryczne na rozmaitych miejscach saméj macicy skurczu zupełnego nie wywoływało, lecz miało ledwo skutek miejscowy. (*Gazette des Hôp.*, 1883, Nr. 3). *Dr. Kohn.*

A. Lesser (Berlin): **O wynaczynieniach limfy, powstających po obrażeniach doznanych tuż przed śmiercią lub na pewien czas przedtém.**

Jeżeli na zwłokach, w najbliższéj okolicy śladów obrażeń znajdujemy krew wynaczynioną a tuż obok wysięki surowicze lub ropiaste, większe lub mniejsze, twierdzimy zazwyczaj, że obrażenie miało miejsce na pewien przeciąg czasu przed śmiercią tak, że przy sekcyi znaleźliśmy już ślady następowego zapalenia. To zdanie jest powszechnie przyjęte a w praktyce sądowo-lekarskiéj często jesteśmy zmuszeni wysnuwać tego rodzaju wniosek. Rozumowanie takie jest na pozór zupełnie logiczne a nikt nie zaprzeczy, że wnioski te mają częstokroć wielką doniosłość.

Autor przytacza kilka przypadków śmierci już to w sku-

tek spadnięcia z wysokości, już téż to przejechania, lub z ran postrzałowych, uduszenia przez ściskanie szyi i przyciśnięcia ust i nosa noworodków, w których pewném było, że śmierć nastąpiła tak szybko, iż o powstaniu zapalenia w okolicach ugodzonych ani mowy być nie mogło, a przy sekcyjach znajdowano tamże wysięki surowicze. W niektórych z tych przypadków była nader obficie nagromadzona ciecz surowicza żółtawa, lub tak jak woda bezbarwna, zawsze przeźroczysta i bez skrzepów. Badanie drobnowidowe nie wykazało w niéj żadnych komórek, w żółtawych znajdowano po kilka czerwonych ciałek krwi a po dodaniu wyskoku mąciła się ta ciecz w skutek opadania istoty białkowéj. W okolicy, gdzie je napotkano, była tkanka łączna zmiażdżoną lub rozdartą, a czasem można było spostrzedz wybroczyny obok wysięków, w innych przypadkach były one jedynemi śladami obrażenia.

Z uwagi, że we wszystkich tych przypadkach następowała śmierć nader szybko, nie można było żadną miarą przypuścić, jakoby te wysięki były produktami zapalnemi. W jednym z przypadków przytoczonych nastala śmierć w $^3/_4$ godziny po dokonaniu obrażenia, ten przeciąg czasu należy uważać również za niedostateczny do wytworzenia się takiej lości wypociny na tle zapalenia. Tak w tym jak i w innych przypadkach tego rodzaju możliwém jest jedynie przypuszczenie, że t a c i e c z s u r o w i c z a j e s t l i m f ą, k t ó r a w y p ł y n ę ł a z p r z e d a r t y c h n a c z y ń l i m f a t y c z n y c h; tak więc są to wynaczynienia limfy podobne do podbiegnięć krwawych, napotykanych tak często w następstwie obrażeń. Niniejsze tłumaczenie ich powstania jest zgodne z okolicznością, że się je względnie tak rzadko napotyka; rozpoznać można je wtedy jedynie, gdy obok przerwań naczyń limfatycznych nie uległy przerwaniu naczynia krwionośne, krew wynaczyniona równocześnie miesza się z limfą i zaciera tym sposobem jéj główną cechę, a mianowicie brak barwy. (*Vierteljahrschrift f. ger. Med.*, T. 39 1883).

Nad temi samemi zmianami zastanawia się obszerniéj G u s s e n b a u e r w dziele swojém: *Die traumatischen Verletzungen.* Autor ten opisuje wynaczynienia limfy zgodnie z opisem L e s s e r a, przypominając, że znali je już dawniéj autorowie francuscy La M o t t e, P e l l e t a n i M o r e l - L a v a l l é e, którzy uważali je jednak za wybroczyny i podbiegnięcia krwawe, w których w skutek skrzepnięcia oddzieliła się surowica. Gdy atoli Velpeau, nacinając takie guzy, nie znajdował skrzepu zabarwionego, był zmuszonym do zmiany zapatrywania i porównywał je z torbielami surowiczemi. Morel-Lavallée sądził, że naruszonemi zostają jedynie tak drobne gałązki naczyń krwionośnych, iż tylko płynna część krwi przejść może, a cały przebieg porównywa z raną, która już nie broczy lecz wydziela ciecz surowiczą, czasem nieco krwawo zabarwioną.

G. twierdzi, że wynaczynienia limfatyczne powstają zawsze w skutek takiego samego mechanizmu obrażenia Ucisk musi działać na ciało w kierunku stycznéj i sprowadzić pewien rodzaj przesunięcia się skóry ponad warstwami głębiéj położonemi; ten mechanizm urazu ma po największéj części sprowadzać wybroczyny limfatyczne, a w 12 przypadkach M o r e l a - L a v a l l é g o było 7, w których przyczyną téj zmiany było przejechanie. Ucisk w kierunku stycznéj wywołuje oprócz zmian uciskowych w saméj skórze rozdarcie tkanki podskórnéj, która jest tak wiotką, że mniéj może się oprzeć aniżeli samo utkanie skóry lub tkanki mięsnéj, sama siedziba wybroczyny przemawia za przyczyną jéj powstania, a rzut oka na atlas anatomiczny, mianowicie na sieci naczyń limfatycznych, przekonywa, że wybroczyny powstają właśnie tam najczęściéj, gdzie sieci te są najobfitsze. Badanie chemiczne treści takich guzów usuwa wszelką wątpliwość, bez punkcyi można je snadnie rozpoznać po nader wybitném chełbotaniu, jakiego nigdy nie ma przy wybroczynach krwawych tak, że w jednym przypadku silne dmuchnięcie na obrzęk wystarczało do wywołania ruchu falowego. Ważném jest również, że obrzęki te powstają po urazie zwolna i stopniowo, a ta cecha odróżnia je wybitnie od innych tworów patologicznych, zanim punkcyja próbna usunie wszelką w téj mierze wątpliwość. Jeżeli ciecz wypływająca jest krwawo zabarwioną, to brak zupełny skrzepów przedstawi rzecz we właściwém świetle.

Ze względu na rokowanie różnią się wybroczyny limfatyczne od wybroczyn krwawych. Ostatnie ulegają z czasem wessaniu, jeżeli są rozleglejsze opóźnia się nieco powrót do stanu prawidłowego; inaczéj ma się rzecz w pierwszych, które pozostawione same sobie nigdy prawie nie znikają dobrowolnie a otwierane za pomocą noża były w kilku przypadkach przyczyną rozległego ropienia a następnie śmierci. Z tego wynika, że rokowanie w tych przypadkach było przynajmniéj dawniéj nie zupełnie pomyślne. Leczenie ma za zadanie powstrzymać przedewszystkiém wypływ limfy a ułatwić wessanie już wynaczynionéj. Jestto jednak zadanie wcale niełatwe, nie zawsze bowiem dopisuje ucisk systematycznie wywierany a na wessanie nie ma on zazwyczaj najmniejszego wpływu. Najodpowiedniejszém jest w takich przypadkach postępowanie podobne do operacyi Volkmanna w puchlinie moszen, wywołuje się bowiem zapalenie zlepne bez ropienia. Wszelkie inne zabiegi, jak otwieranie za pomocą termo- albo galwanokauteru, wzniecanie zapalenia za pośrednictwem elektrolizy lub skrzepnienia limfy uważa G. za niebezpieczne w porównaniu ze sposobem powyżéj wymienionym. *Dr. Schaitter.*

Wiadomości pomniejsze.

(γ) **Azoturyja i wrzód żołądka.** Ilość azotu wydzielanego moczem bywa w stanie zdrowia u każdego stałą i z dnia na dzień małym tylko ulega zmianom. Stosunek ten zmieniają choroby. W niektórych chorobach wątroby ustrój wydziela mniéj mocznika niż zwykle. Niedawno R o m e l e a r e przekonał się, że w wrzodzie żołądka bywa zawsze postępujące zmniejszenie wydzielania azotu (*hypoazoturia*), niedające się wytłumaczyć przypuszczeniem, iż ilość pochłonionych istot białkowatych jest za małą. Według R. ilość wydzielonego mocznika nie zmniejsza się, gdy żołądek jest dotknięty przedziurawiającym wrzodem. Z tego powodu badanie dziennie wydzielanéj ilości mocznika może oddać usługi dla odróżnienia chorób, o których mowa, to jest wrzodu i raka żołądka. Łatwo pojąć hypoazoturyję towarzyszącą chorobom złośliwym, jeżeli się zważy, iż rak jak istny pasorzyt kradnie istoty białkowate w celu, aby sam wzrastał. (*The Lancet* 1883, II, Nr. 9).

IV. O szpitalach w Londynie.

Londyn, 24go września 1883.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 44).

Co do obecnego stanu szpitala, o tém kilka słów tylko skreślić wypadnie, albowiem za wzorowy uważać go w ogólności nie można.

Prawie we środku zakładu znajduje się skwer dość obszerny, który otaczają cztery skrzydła szpitala stanowiące czworobok otwarty przy wszystkich kątach. Po za skrzydłami zachodniém i północném znajdują się szeregi zabudowań i po za pierwszém pracownie, muzea i biblijoteka, po za drugiém biura administracyjne i kaplica; szkoła lekarska mieści się równolegle ze wschodniém skrzydłem szpitala w pewnéj od niego odległości.

Szpital posiada 710 łóżek, z których 227 przeznaczone są dla chorób wewnętrznych, 353 dla chirurgicznych, 26 dla chorób ocznych, 20 dla chorób kobiecych i 50 dla chorób wenerycznych; dzieci mniéj niż 5 lat liczące przyjmują się do oddziału kobiet.

W r. 1882 leczono w zakładzie 7.518 chorych, a 170.030 porad udzielono przychodzącym.

Sale są małe, opalane za pomocą kominów. Centralnych urządzeń wentylacyjnych nie ma.

Guys Hospital, nazwany imieniem założyciela, który pochodząc z niezamożnéj rodziny i wcześnie straciwszy ojca pracą sumienną doszedł do olbrzymiéj fortuny i tę w znacznéj części na cele dobroczynne poświęcił. Guy pierwotnie wspierał przez długi czas szpital św. Tomasza, położony w owéj epoce w okolicy dzisiejszego szpitala Guya, potém zaś, mianowicie w trzecim dziesiątku zeszłego stulecia, założył nowy szpital, o którym właśnie mówimy. Początek szkoły lekarskiéj datuje się od siódmego dziesiątka zeszłego stulecia; wkrótce po jéj założeniu pozwolono korzystać z niéj uczniom sąsiedniego wówczas szpitala św. Tomasza, i w ten sposób historyja tych dwóch szpitali posiada wiele punktów zetknięcia.

Szpital Guya znajduje się w nader ludnéj części miasta pomiędzy wielkiemi ulicami, sam posiada zabudowania obszerne i piękne. Składa się on z sześciu pawilonów. Pawilon frontowy z obszerném podwórzem i kolumnadą zawiera salę chirurgiczną, salę operacyjną, czytelnię, pracownię chemiczną i muzeum farmakologiczne, oraz niektóre pokoje dla administracyi. Po za tym budynkiem znajduje się obszerny ogród, a raczéj park otoczony innemi pawilonami. Tuż po za pawilonem frontowym w parku tym istnieje niewielki budynek kliniczny. Wzdłuż całego parku rozciąga się pawilon mieszczący sale dla chorych przychodzących, muzeum anatomiczne, kilka sal dla chorób wewnętrznych, sale oftalmiczne i akuszeryjne. Nawprost tego budynku znajduje się mniejszy pawilon, w którym mieści się teatr anatomiczny i muzeum patologiczno-anatomiczne, zawierające nader wiele pięknie wykonanych modelów i preparatów. Zupełnie oddzielnie położony jest mały budynek dla służby szpitala, po za którym znajduje się podobnież odosobniona trupiarnia.

Szpital Guya niegdyś liczący pomiędzy lekarzami swemi Addisona, oraz Astleya Coopera, dziś posiada też zastęp nader zdolnych praktyków, z których wielu jest znanych w Europie, jak Drowie: Wilks, Pye-Smith, Braxton-Hicks (akuszer), Higgeus (okulista). Łóżek posiada zakład 695, w téj liczbie 50 dla chorób ocznych; w liczbie chorych przychodzących około 3.000 rocznie przypada na przypadki oftalmiczne. — Z innych specyjalności starannie traktowane tu są choroby uszne i skórne.

Sale szpitala są przestrone, centralnych urządzeń wentylacyjnych nie ma, korytarze i schody są okazałe; w ogólności pod względem komfortu jestto jeden z najlepszych zakładów leczniczych w mieście.

London-Hospital założony w r. 1740 drogą składek dobrowolnych, a głównie znaczną ofiarą pieniężną Jana Harrisona chirurga z Charity, jest według powszechnego mniemania najpierwszym na świecie zakładem pod względem liczby przypadków traumatycznych, do czego przyczynia się położenie jego w niezmiernie ożywionéj części miasta w bliskości doków, wreszcie okolicy zaludnionéj w znacznéj części biedną i niespokojną publicznością. W r. 1882 ogólna liczba leczonych tu tego rodzaju chorych wynosiła przeszło 10.000.

Szpital, o którym mowa, położony przy ulicy White-Chapel, składa się z wielkiego gmachu o czterech skrzydłach, zwanych wschodnie, zachodnie, skrzydło Aleksandry, oraz skrzydło Grocera (*Grocers Company's Wing*) założone w r. 1876 i nazwane imieniem Towarzystwa, które ofiarowało szpitalowi sumę wynoszącą około 300.000 florenów.

Szpital ten pod względem ilości łóżek jest największy w Londynie, posiada ich bowiem przeszło 800; w téj liczbie około 300 przeznaczonych jest dla chorób wewnętrznych, 330 dla zewnętrznych, 26 dla chorób kobiecych, kilkanaście dla przypadków okulistycznych, oraz 70 dla chorych dzieci niemających 7 lat wieku. (*London Hospital* był pierwszym szpitalem dla chorób dziecięcych w Londynie). W stosunku do ilości chorych sale i korytarze nie są dość przestrone. Wentylacyja prawie wyłącznie odbywa się za pomocą otwierania okien, które składają się z trzech części (w kierunku poziomym), otwierających się na zewnątrz i nadających wchodzącemu powietrzu kierunek ku górze. Sale opalane są za pomocą kominków.

University College Hospital przedstawia właściwie szkołę lekarską stanowiącą Wydział lekarski Uniwersytetu (*University College*), na kształt Szkoły lekarskiéj w Paryżu, stanowiącéj uzupełnienie *College de France*. Ten Uniwersytet wszakże jest instytucyją czysto prywatną, a *University College Hospital* podobnie jak prawie wszystkie inne utrzymuje się drogą składek dobrowolnych. Podobnie jak inne szkoły lekarskie *Un. Col. Hospital* nie udziela stopni naukowych i pragnący otrzymać takowe muszą jak i kończący inne szkoły złożyć egzamina w instytucyi rządowéj *University of London*. Wszakże szpital, o którym mowa, posiada więcéj naukowéj cechy i pilniéj traktuje teoryję niż to się dzieje w innych szkołach lekarskich Londynu. Sale w ogólności nie różnią się od znajdujących się w innych szpitalach miasta; atoli następujące jeszcze środki naukowe znajdują się w rozporządzeniu zakładu: biblijoteka ogólna, biblijoteka lekarska, muzeum anatomiczne, muzeum zoologiczne i anatomii porównawczéj, muzeum chemiczno-farmakologiczne, muzeum geologiczne, oraz muzeum filozofii przyrody; prosektoryjum, pracownia chemiczno-rozbiorowa, pracownia fizyjologiczna oraz zootomiczna, pracownie: higijeniczna i chirurgiczna. *University-College-Hospital* zawiera około 200 łóżek; niektóre sale przeznaczone są dla przypadków ginijatrycznych, pedyjatrycznych i skórnych. W połączeniu z tym ostatnim oddziałem znajduje się wzorowy system kąpieli leczniczych.

Szpital Charing Cross, założony w r. 1818 pod nazwą *Royal West London Infirmary*, dopiero w r. 1827 otwarty został dla przyjęcia chorych. W r. 1834 ukończono budowę dzisiejszego gmachu położonego przy jednéj z kilku najgłówniejszych ulic Londynu, zwanéj *Strand*. W tymże roku szpital rozpoczął czynność na nowo i od owego czasu do r. 1881 mieścił w sobie obok sal dla chorych urządzenia do szkoły lekarskiéj należące (amfiteatr, pracownie, biblijotekę, muzeum), które obecnie znajdują się w oddzielnym

budynku obok gmachu szpitalnego położonym. Szpital ten, jeden z najpierwszych pod względem powierzchowności i komfortu, posiada zaledwie 180 łóżek; liczba chorych leczonych sposobem ambulatoryjnym jest dość pokaźną i wynosiła w roku zeszłym prawie 19.000 Oddział przeznaczony dla chorych uległych nagłym przypadkom chorobowym otwarty jest w dzień i w nocy.

Szpital znajduje się w samém centrum stolicy i posiada niezmiernie łatwą komunikacyję ze wszystkiemi jéj częściami, dzięki koncentrującéj się tu obszernéj sieci dróg żelaznych. W ogólności należy on do najpopularniejszych w Londynie.

Middlesex Hospital, jeden z mniejszych i mniéj starannie urządzonych szpitali, słuchaczy posiada wszakże zwykle wielu, do czego przyczynia się zapewne mniejsza niż w innych szkołach lekarskch opłata, która tu wynosi za cały kurs 90 gwinei czyli około 900 guldenów, gdy w szpitalu św. Tomasza, św. Bartłomieja, University-College jest półtora razy większą od téj. Doborem personalu ustępuje szkoła lekarska wielu innym w Londynie. Przytém położony jest szpital ten w miejscowości ciasno zabudowanéj, i nie posiada energicznych środków wentylacyjnych. Łóżek około 300, w téj liczbie 185 dla przypadków chirurgicznych i specyjalny oddział dla raka, obejmujący 33 łóżek; chorych na raka przyjmują tu bez listów polecających i na czas nieograniczony. W ciągu roku przebywa w szpitalu przeszło 2000 chorych, a nadto szuka pomocy około 30.000 przychodzących.

Oprócz pomienionych szpitali najbardziéj znanych w stolicy następujące jeszcze zakłady posiadają szkoły lekarskie: *St. George Hospital* (351 łóżek, z których 205 dla przypadków chirurgicznych), *Kings College and Hospital* (170 łóżek), *St. Mary Hospital* (200 łóżek, w téj liczbie 106 dla przypadków chirurgicznych), oraz *Westminster Hospital* (około 200 łóżek); nadto istnieje szkoła anatomii, fizyjologii i chirurgii, oraz szkoła lekarska dla kobiet. Wreszcie przeszło dwadzieścia innych szpitali, po największéj części specyjalnych, przyjmuje studentów oraz praktyków wykwalifikowanych. W téj liczbie zakład zwany *Samaritan Hospital for Women and Childern* posiada niepospolity rozgłos dzięki szeroko wsławionéj zręczności Spencer Wellsa w wykonywaniu owaryjotomij. Najciekawszemi może, dla obcych zwłaszcza, są dwa wielkie szpitale w Brompton, a mianowicie szpital dla suchotników (*Consumption-Hospital*) oraz drugi dla chorych na raka (obok pierwszego położony); atoli opis ich powinien raczéj stanowić oddzielne studyjum, które rozszerzyłoby niezmiernie rozmiar niniejszéj korespondencyi. *J. Polak.*

Z wystawy higijenicznéj w Berlinie.

Berlin 1 Października 1883.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 44).

Na zakłady kąpielowe dla ludu (*Volksbäder*) zwrócono w ostatnich czasach szczególną uwagę w Niemczech. Zbytecznem byłoby tu rozwodzić się nad pożytkiem, jaki przynoszą kąpiele dla zdrowia i nad potrzebą takich zakładów. Uznawano ją już w starożytności, albowiem za czasów Cesarza Justyniana istniało 815 łaźni publicznych, liczba jaką się żadne z dzisiejszych miast poszczycić nie może. W dzisiejszych czasach zakłady te są nawet jeszcze potrzebniejszemi w obec rozwoju fabryk i stanowi to istne dobrodziejstwo dla robotników i ludzi klas uboższych, gdy mogą często kąpywać się darmo lub za małą opłatą. O umożliwieniu tego uboższéj ludności miejskiéj starają się, za przykładem Anglii, w wielu miastach niemieckich bądź zarządy miejskie, bądź przedsiębiorstwa prywatne, bądź téż właściciele większych zakładów fabrycznych lub towarzystwa, które się w tym celu, uznając wielką wartość higijeniczną kąpieli, pozawiązywały. Plany i opisy podobnych zakładów wystawiono z Bremy, Darmstadu itd. Odznaczać się one muszą prostotą, bo przy ich urządzeniu najważniejszym postulatem jest taniość, którą téż udało się, jak się zdaje, posunąć do ostatecznych granic. Aby kąpiel uczynić jak najtańszą a przez to umożebnić jak najczęstsze jéj używanie, zastępują w takich zakładach kąpiel w wannie tuszami, co w zupełności czyni zadość potrzebie. We Francyi w wielu koszarach istnieją osobne izdebki z tuszami, w których każdy żołnierz raz na tydzień musi się tuszować. Aby unaocznić sposób urządzenia takich kąpieli, właściwie tuszów, urządzono wśród parku wystawowego dwa takie zakłady, w których za małą opłatą 10 fenigów, (= niespełna 6 centów), można mieć kąpiel wraz z odpowiednią bielizną i mydłem. Wystawcami tych zakładów są jednego firma Thies, a drugiego Dr. Lassar i inżynijer Grove. Budynki z blachy mieszczą po 10 łazienek, w każdéj z tych ostatnich znajduje się tusz dostarczający wody o ciepłocie 28°C. i drugi dostarczający wody zimnéj. Ogrzewanie wody odbywa się w przyrządzie umieszczonym na jednym końcu budynku, a obok tegoż są suszarnie dla ręczników, gdy machina do prania ich znalazła pomieszczenie na drugim końcu budynku. Aby nie zabierać miejsca, jedna przestrzeń służy do rozbierania się i do tuszowania, w czasie którego suknie okrywa się nakryciem gutaperkowém, aby nie uległy zmoczeniu. Łaźnie takie tuszowe dadzą się urządzić w każdéj przestrzeni jasnéj i przewiewnéj. Koszta założenia są stosunkowo małe, równie jak i koszta utrzymania. Prócz tych zakładów widzimy na wystawie także plany, opisy i fotografije zakładów wykwintniejszych, jak Esterhazy- i Römisches Bad w Wiedniu. Co do przyrządów do kąpieli, to wanny z piecykami i tusze pokojowe, znane z innych wystaw, są licznie reprezentowane, ale nie odznaczają się żadnym nowym pomysłem.

Dalsza grupa ósma, obejmująca rzeczy odnoszące się do zakładów humanitarnych, pieczy nad ubogimi, nie odznacza się obfitością materyjału, a nawet dziwić się wypada, iż tak słabo jest reprezentowaną. Zwracają tylko uwagę modele przytułków dla mężczyzn i kobiet w Berlinie, utrzymywane przez odrębne towarzystwo dobroczynne. Odpowiadają im nasze ogrzewalnie w zimie utrzymywane, mają się jednak do nich jak chaty do pałaców. Zakłady berlińskie odznaczają się porządkiem i wygodą, bywają otwierane co wieczór w lecie o 7éj a w zimie o 6éj dla szukających przytułku, a podczas przyjęcia nie pyta się nikt o nazwisko lub inne szczegóły ale tylko o wiek. Obmywszy się, co każdy uczynić musi, otrzymują darmo kolacyję, złożoną z jakiéj zupy i chleba oraz nocleg w izbach dobrze ogrzanych. Rano po obmyciu pożywają śniadanie, złożone z kawy i bułki, i opuszczają zakład. W zakładach tych istnieją téż łazienki dla chcących z nich korzystać i przyrządy do odwietrzania sukien. Zapewnioną téż jest pomoc lekarska w nagłych przypadkach.

Grupa dziewiąta jest jeszcze skąpsza a poświęcona jest zakładom karnym i poprawczym. Rząd pruski wystawił parę modeli i plany nowych więzień celkowych, mia-

nowicie w Moabicie i w Plötzensee, w których znalazły zastósowanie sygnały elektromechaniczne, telefony itd. Zadziwiającą jest rzeczą, że żadne z towarzystw opieki nad więźniami nie nadesłało żadnych wykazów ani sprawozdań.

Dwie grupy następne dziesiąta i jedenasta poświęcone są urządzeniom mieszkań i budynków publicznych. Co do urządzenia mieszkań, to wystawa obejmuje masę przedmiotów do użytku domowego, które prawie wszystkie odznaczają się pewną wytwornością, o ile jednak obok tego posiadają przymiot praktyczności, to czas dopiero okaże. Przedmioty te pomieszczono częścią w głównym gmachu ale głównie w osobnym budynku dla urządzeń gospodarskich i domowych. Dział ten wystawy nie odpowiedział oczekiwaniom; według programu należało się spodziewać, iż grupa ta okaże nam, jak zdrowe domy np. dla robotników za niską cenę mogą być budowane i sprzętami zaopatrzone. Pod tym względem znajduje się jednak bardzo niewiele modeli, planów i opisów domów dla robotników w wystawach fabryk rządowych lub wielkich fabrykantów. Urządzenie całe wspomnianego budynku dla urządzeń gospodarskich i domowych jest zanadto kosztowne, a w szczegółach dom ten nie we wszystkiém odpowiada wymogom higijeny, brak w nim nie mówię już powietrza, bo zbytecznie jest zastawiony, ale światła. Pod względem zato estetycznym wystawione sprzęty nie pozostawiają nic do życzenia, dziwić się nawet przychodzi, zkąd w Berlinie wzięło się tyle gustu.

Co do budynków publicznych to dział ten nieliczny. Pamiętna katastrofa wiedeńskiego teatru pod nazwą *Ringtheater* dała powód do zwrócenia uwagi techników i higijenistów na budowę teatrów. Szereg pożarów, jakie się w teatrach w ostatnich czasach wydarzyły, okazał, że gaśnięcie świateł i tłoczenie się publiczności stanowią główne niebezpieczeństwo. Aby im zapobiedz, proponowano w ostatnich czasach różne urządzenia i środki ostrożności, po części znane już dawniéj, ale niezachowywane inne nowe. Znajdujemy je na wystawie uwzględnione w planach budujących się teatrów i modelach. Między innemi znajduje się model schodów do wyższych piąter w teatrze, w którym szerokość schodów podzielona jest poręczami na przedziały tak, że tylko odpowiednim przedziałem jedna za drugą osoba schodzić może, przez co zapobiega się upadnięciu i podeptaniu. Londyńska firma Ihle i Horne proponuje, aby w teatrach poumieszczać tablice ostrzegające, świecące w ciemności w skutek pociągnięcia ich t. zw. masą Balmaina, posiadającą własność, iż przedmioty nią powleczone a wystawione na światło dzienne świecą w ciemności. Z uznaniem należy wspomnieć o pomyśle radcy namiestnictwa Dra Karajana w Wiedniu. Przy pożarach teatrów w skutek wywięzywania się znacznych ilości niedokwasu węgla gasną światła, co daje powód do tém większego zamięszania wśród publiczności i utrudnia wyratowanie się, to też było powodem, iż w Ringtheater tak znaczna liczba osób zginęła. Aby temu nieprzewidzianemu gaśnięciu zapobiedz, proponuje Karajan w ścianach budynków teatralnych poumieszczać przestrzenie szczelnie przylegającemi szybami zamknięte, a do których dochodziłoby powietrze osobnemi kanałami, w tych zaś przestrzeniach winny dopiero znaleźć pomieszczenie lampy gazowe lub olejne. W ten sposób do lamp dochodziłoby i wtedy świeże powietrze, gdy w wnętrzu teatru byłaby atmosfera nie dozwalająca palić się środkom do oświetlania używanym. Zmarły prof. Obernier z Bonn wystawił także urządzenia mające na celu zabezpieczenie publiczności od grożącego niebezpieczeństwa przy pożarach teatrów. Urządzenia jego zmierzają do tego, aby nad jedną częścią sceny był dach ruchomy, który dozwalałby dymowi uchodzić wprost do góry, a zapobiegał dostawaniu się tegoż do przestrzeni zajmowanéj przez widzów. Tak pomysły Dra Oberniera jak i Dra Karajana nagrodzono srebrnemi medalami.

Wielkie znaczenie, jakiego w ostatnich czasach sprawa odpowiedniego budowania teatrów nabrała, skłoniła komitet wystawy do rozpisania konkursu o nagrodę pieniężną za projekt teatru wzorowego. Ubiegających się było aż 19tu, ale mimo to jury nie uznała żadnego projektu za zupełnie wymogom odpowiadający, uznała natomiast stosowność wielu proponowanych urządzeń, które z pożytkiem dadzą się w przyszłości zużytkować, z tego też powodu rozdzielił komitet kwotę 8050 marek, jaką miał do dyspozycyi, na parę mniejszych nagród, a mianowicie 4000 marek otrzymał jeden z projektujących, a 3ch innych po 1350 marek. (C. d. n.)

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Ω Na jedném z ostatnich posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego berlinskiego docent Dr. A. Baginsky mówił o znalezieniu szczególniejszych mikrokoków w kale jakotéż w jelitach w *Cholera infantum.* W kale znalazł B. prócz licznych grzybków drobnowidowych znaczne masy zoogloeów. Te same zoogloey znajdowały się także w znacznéj ilości na błonie śluzowéj dolnych części jelita i w całém *rectum.* B. nie mógł stwierdzić, jakie postaci grzybków składają te masy, bo były one ogromnie ściśle złączone. Również B. nie może nic orzec o ich patogenetyczném znaczeniu. Za to w górnych częściach kiszki cienkiéj B. znalazł, że gruczoły Peyera były wypełnione grzybkami laseczkowatemi. Bakteryje te widocznie w niektórych miejscach przechodziły w tkankę podśluzową. B. robił spostrzeżenia przy zachowaniu wszelkich możliwych ostrożności, aby przypadkiem nie uledz złudzeniu co do grzybków gnilnych. Sekcyje wykonywał B. zwykle najdaléj w 6—7 godzin po śmierci dziecka.

Ω W *Académie des Sciences* pp. Cornil i Berlioz przedstawili pracę o zatruciu wyciągiem jequirity. Odwaru tego leku, jak wiadomo, w skutek polecenia Weckera, zaczęto używać przeciw jaglicy. Otóż już Sattler wykazał, że w odwarze tym nader szybko rozmnażają się różne postacie grzybków. Według spostrzeżeń Cornila i Berlioza wstrzykiwania tego odwaru sprowadziły rozległe ropienia a w końcu zwykle śmierć pośród objawów tyfoidalnych. Sekcyja wykazywała obrzmienie kępek Peyera, i owrzodzenie zupełnie podobne jak w durze brzusznym. Tkanka podśluzowa, jakotéż krew obfitowały w jequirity-bakteryje. Wstrzykiwania odwaru jequirity po uwolnieniu od bakteryj wcale nie wywoływały tych objawów. Również wstrzykiwania rozczynu soli krystalicznéj otrzymanéj z odwaru były dla ustroju nieszkodliwemi. *(Allg. med. Centr. Ztg.).*

Ω Przed kilku tygodniami wybuchła silna epidemija tyfusowa w londyńskiéj dzielnicy St. Pancras. Obecnie stwierdzono, że przyczyną epidemii było mleko. Mianowicie dostawca mleka do pewnego handlu używał do mycia naczyń, w których mleko przechowywano, wody zanieczyszczonéj odchodami kloak domu, w którym był chory tyfusowy. Dochodzenie wykazało, że z 431 osób, które podległy tyfusowi brzusznemu, 220 osób nabywało mleko wprost od dostawcy, zaś 83 ze wzmiankowanego handlu.

Ω Muzeum higijeniczne, o którego powstaniu w Berlinie donosiliśmy, pomieszczoném będzie w nowym budynku politechniki. Otwarcie nastąpi dopiero w jesieni roku 1884.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 21—27 października umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 37,6. Z ospy umarło 1 (0 z. t.); z płonicy 2 (0 z. t.); z błonicy 1 (0 z. t.); z róży 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku ospy, 7 odry, 2 płonicy, 2 błonicy, 1 duru brzusznego, 1 duru osutkowego. W tygodniu od 14—20 października umarło z ospy w Londynie 0. Leczyło się w szpitalach 62, świeżo zapadło 9. W Brukseli i Warszawie po 2, w Budapeszcie, Lizbonie i Paryżu po 3, w Birminghamie i Madrazie po 4,

w Nowym Orleanie 6, w Murcyi 8. w Maladze 10, w Pradze 16, w Madrasie 49. w Rio de Janeiro 114 Z duru osutkowego umarło w Walencyi 2, w Madrycie 3, w Maladze i Murcyi po 4. Z cholery umarło w Aleksandryi od 7—13 października 1, w Nowym Orleanie od 22—29 września 2. w Kalkucie od 25 sierpnia do 1 września 6, w Bombaju od 5—11 września 44. W Rio de Janeiro umarło od 1—15 września 6 z febry żółtéj. Od 6—13 października doniesiono w Moskwie o 269 przypadkach chorób zakaźnych: o 77 przypadkach gorączek tyfusowych, 9 duru osutkowego. 55 gorączki połogowéj, 1 odry, 7 płonicy, 5 ospy. 32 błonicy, 37 czerwonki, 16 róży.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 14—20 października umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 31,6; w Warszawie 29,1; w Wiedniu 21,2; w Budapeszcie 24,5; w Pradze 21,7; w Berlinie 26,0; w Hamburgu 22,3; w Gdańsku 24,5; w Mnichowie 29,7; w Dreźnie 17,2; w Lipsku 21,4; w Bazylei 11,9; w Brukseli 28,1; w Amsterdamie 27,8; w Hadze 22,0; w Paryżu 22,9; w Londynie 18,6; w Kopenhadze 19,6; w Stokholmie 22,9; w Chrystyjanii 17,1; w Petersburgu 27,2; w Odesie 27,2; w Rzymie 24,5; w Wenecyi 22,5; w Bukareszcie 26,0; w Madrycie 31,8; w Lizbonie 31,8, w Aleksandryi 32,6; w Rio de Janeiro 55;5, w Bombayu 28,5; w Madrasie 52,5. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 8 listopada. Otrzymaliśmy następującą odezwę:

Odezwą z dnia 14 czerwca rb. odroczonym został czwarty Zjazd lekarzy i przyrodników polskich do Poznania na dzień 2 czerwca 1884 roku.

W skutek życzeń, objawionych w ostatnim czasie, postanowił Wydział zająć się przygotowaniem prac do nowéj sekcyi Zjazdu a mianowicie przyrodniczo rolniczéj, tak, że Zjazd przyszły obejmować będzie w razie dostatecznego udziału następujące sekcyje:

1) sekcyją medyczno wewnętrzną,
2) sekcyją medyczno-zewnętrzną,
3) sekcyją medyczno-publiczną,
4) sekcyją matematyczno-fizyczną.
5) sekcyją chemiczno-farmaceutyczną,
6) sekcyją mineralogiczno-geologiczną,
7) sekcyją botaniczno-geologiczną,
8) sekcyją antropologiczno archeologiczną i
9) sekcyją przyrodniczo-rolniczą.

Pora długich wieczorów, nadająca się przedewszystkiém do prac umysłowych, nastała, to téż przypuszczamy, że przypomnienie powyższe wystarczy, ażeby naszych przyrodników i lekarzy zachęcić do przygotowania, o ile to jeszcze nie nastąpiło, odpowiednich prac dla przyszłego Zjazdu.

Lubo kilka nas jeszcze od terminu Zjazdu dzieli miesięcy, to jednakże pożądaną jest rzeczą, ażeby tak zapewnienie uczestniczenia w Zjeździe jakotéż zgłoszenia z wykładami. ile możności jak najwcześniéj Wydział dochodziły.

Znaczenie Zjazdu czwartego do Poznania wymaga bowiem rychłego i dokladnego przygotowania i ułożenia materyjału naukowego; bez tego powodzenie ze szkodą ogólną stałoby się wątpliwém.

Wydział czwartego Zjazdu
lekarzy i przyrodników polskich do Poznania

Dr. B. Wicherkiewicz, przewodniczący. *Dr. Osowicki*, sekretarz. *Dr. Jarnatowski*, skarbnik.

* Otrzymaliśmy zeszyty 149 i 150 Encyklopedyi lekarskiéj, stanowiące dokończenie tomu 15go i całego dzieła. Tak więc w przeciągu lat trzech nakładcy wywiązali się z zadania swego świetnie i w nader krótkim stosunkowo czasie dostarczyli dzieła ogromnego, bo składającego się z 15 tomów i obejmującego prawie 700 arkuszy druku. Obok nakładców, znanych ze sprężystości pp. Urbana i Schwarzenberga we Wiedniu, nie mało zasługi położył koło wydawnictwa prof. Eulenburg, który mając naczelne kierownictwo nie szczędził trudu, aby dzieło raz rozpoczęte szybko doprowadzić do końca. Z powodu znacznéj liczby współpracowników całość nie mogła być jednolitą, a z natury rzeczy wynika, że nie wszystkie artykuły jednakiéj są dobroci, zwłaszcza, że w ciągu wydawania kilku współpracowników umarło (Albrecht, Obernier, Simon, Meyer, Steinauer) i wypadało naprędce postarać się o zastępców; ale mimo to wszystko Encyklopedyja na długi czas pozostanie ważnym podręcznikiem dla lekarza. Ponieważ trudno przypuścić, aby wydawcy zdobyli się prędko na drugie wydanje, więc pożądaną byłoby rzeczą, aby od czasu do czasu, co parę lat, wydawali poszczególne tomy, mieszczące w sobie uzupełnienia w miarę postępu nauki, i tym sposobem zapobiegli przedawnieniu się olbrzymiego dzieła.

Równocześnie z wydaniem ostatniego zeszytu Encyklopedyi ci sami wydawcy zapowiadają wyjście 1go zeszytu dzieła p. t. *„Biographisches Lexicon der hervorragenden Aerzte aller Zeiten und Völker,“* dzieło to wychodzić będzie w 4 tomach po 45 do 50 arkuszy druku i w zeszytach 4—5 arkuszowych pod redakcyją prof. Hirscha i docenta Wernicha w Berlinie. Pomiędzy współpracownikami znajdujemy trzech rodaków naszych, a mianowicie prof. Oettingera w Krakowie i Drów Fritschego i Kośmińskiego w Warszawie; ostatni niestety nie doczekał się nawet wyjścia 1go zeszytu.

* Czy liczba lekarzy w Austryi zwiększa lub zmniejsza się? Na to pytanie odpowiada *W. a. med. Ztg.* w następujący sposób: Pomimo zwiększania się liczby uczniów na pierwszych latach medycyny liczba lekarzy faktycznie zmniejsza się i to w sposób przerażający. Z 1700 uczniów zapisanych na wydział lek. w Wiedniu przypada 200 na rok piąty; w wydziałach lekarskich w Pradze, Krakowie, Gracu i Insbruku razem jest 150 na ostatnim roku, razem więc 350; z tych według doświadczenia w 6ym roku otrzymuje dyplom doktorski $^2/_3$, a więc 200—230, podczas gdy w Przedlitawii umiera rocznie 320—330 lekarzy. Dyplom doktorski uzyskało w Wiedniu w roku 1877 kandydatów 160, w r. 1878 136, w r. 1879 151, w r. 1880 115, w r. 1881 100, a w r. 1882 110, średnio zatém 126; na wszystkich innych wydziałach średnio rocznie rocznie 86, razem więc 212; a więc od r. 1877 do dnia dzisiejszego ubyło 60% lekarzy promowanych!

* **Warszawa.** D. 18 b. m. p. Pawiński bronić będzie rozprawy: „O arytmii serca w cierpieniach jego zastawki“ celem uzyskania stopnia doktora medycyny. — D. 23 października odbył się wykład próbny Dra Petrowa, kandydata na docenta toksykologii. (*Gaz. Lek.*)

* **Wiedeń**. Ministerstwo oświecenia udalo się do ministerstwa wojny z prośbą o odstąpienie byłego zakładu anatomicznego w Akademii józefińskiéj dla Wydziału lekarskiego. Tym sposobem Wydział rozporządzałby dwoma zakładami anatomicznemi a brakowi materyjału dla ćwiczeń anatomicznych zamierza Rząd zaradzić przez sprowadzanie trupów z miast prowincyjonalnych.

* **Berlin**. Tow. lekarskie obrało ponownie Virchowa przewodniczącym, a zastępcami jego: Bardelebena, Henocha i Siegmunda; sekretarzami zaś: Fränkla, Küstera, Senatora i Abrahama.

W odpowiedzi na przemowy miane na uroczystości jubileuszowéj Du Bois Reymond przypomniał, że w młodości swéj korzystać mógł z nauki Dovego, Magnusa, Poggendorffa a przedewszystkiém Jana Müllera, którzy gromadząc się koło Aleksandra Humboldta, wysoko wznieśli sztandar prawdziwego przyrodoznawstwa, podczas gdy zdala widać było jeszcze łyskanie uchodzącéj filozofii natury. Wtedy łatwiéj było wykryć coś nowego w nauce aniżeli teraz: fizyjologija zwłaszcza była niejako lądem stałym, w którym całe kraje nie zostały jeszcze objęte w posiadanie. Naokoło Müllera grupowało się młodsze pokolenie; mowca nie zapomni nigdy, jak pielgrzymował do Potsdamu, aby w koszarach odszukać „chirurga kompanii“ Hermana Helmholtza, aby zasięgać rady jego, ile razy w jakiémś zagadnieniu fizycznem nie mógł sam dać sobie rady, albo jak naodwrót Virchow i Wilms przychodzili do niego z odnogą świeżo w Charité amputowaną przez Jüngkena, celem studyjowania prądu mięśniowego; nie zapomni również, że na jego to oku Brücke po raz pierwszy spostrzegł owo świetlenie, z którego potém rozwinął się wziernik oczny Helmholtza. Wspomina daléj o pomocy i poparciu, którego doznał ze strony Halskego i Siemensa, a o sobie powiedzieć tylko może, że był pilnym. Gdy po śmierci Müllera został jego następcą na katedrze, był znów tak szczęśliwym, że młodzi a zdolni lekarze garnęli się do niego, tak że w przeciągu lat 16 ośmiu profesorów zwyczajnych fizyjologii wyszło z jego pracowni; z nich kilku umar-

ło już, jak B e z o l d, R ö m e r, S a c h s. Siebie uważa tylko za przedstawiciela umiejętności niemieckiéj, śród któréj stanął.

* **Paryż.** W przedsionku *Ecole normale* umieszczono tablicę pamiątkową na cześć Thuilliera. Na płycie z marmuru czerwonego złocistemi głoskami wyryto: *„Louis Thuillier mort pour la science, Alexandrie 1883“.* Zwłoki jego kosztem rządu sprowadzone będą do kraju.

* **Nekrologija.** Między innymi zasłużonymi kolegami, których w tym roku śmierć z grona naszego zabrała, na poważne i serdeczne wspomnienie zasługuje zmarły z *meningitis tuberculosa* dnia 1 bm. w 38 roku życia Dr. Józef S o c h a c k i, lekarz fabryczny w Jagielnicy, członek Tow. lek. gal. Sekcyi czortkowskiéj, któréj był duszą, członek honorowy Stowarzyszenia polskich akademików „Ognisko“ w Wiedniu, któremu podczas pobytu na Wszechnicy z chlubą przewodniczył. Po ukończeniu szkoły chirurgicznéj we Lwowie wziął czynny udział w powstaniu, po upadku którego ze złamaném sercem i początkami choroby piersiowéj, nabytéj w polu a następnie w więzieniu, powrócił do domu. Za protekcyją osób wpływowych pozwolono śp. Józefowi złożyć egzamin dojrzałości, poczém udał się na Wydział lekarski w Wiedniu, gdzie w r. 1877 otrzymał dyplom doktora wszech nauk lekarskich. Z Wiednia przeniósł się do Lwowa, gdzie był asystentem przy śp. Drze Szeparowiczu. Przed laty kilku otrzymał posadę lekarza fabrycznego w Jagielnicy, gdzie téż życia dokonał. Zajmował się przeważnie chirurgiją i rzeczywiście zdolnym i zręcznym był operatorem. Tłumy ludu, którego był rzeczywistym dobrodziejem, odprowadziły ciało na miejsce wiecznego spoczynku. Należał on do tych lekarzy, którzy nie pojmują stanowiska lekarskiego jako gonitwę za praktyką. –Pozostawił po sobie niczém nie zapełnioną lukę w szeregu sumiennych i prawych lekarzy. Największą zaletą nieboszczyka była nadzwyczajna skromność, nieodstępna towarzyszka jego żywota. Cześć zacnéj jego pamięci.

Dr. Krzyżanowski.

W Paryżu umarł profesor położnictwa D e p a u l w 72 roku życia; był on jednym z założycieli *Societé de Biologie* i członkiem Akademii lekarskiéj. — W Wiedniu umarł radzca cesarski Dr. F l e c h n e r, były lekarz sądowy. Dr. Flechner pochodził z Galicyi, za młodu jednak dostał się do Wiednia, gdzie odbył studyja i tamże języka polskiego zapomniał. Pomimo to zawsze pozostał życzliwym dla kraju a zasługą jego jest, że pierwszy zwrócił w Wiedniu uwagę na znaczenie zdrojowisk naszych a nawet postarał się, aby opis Szczawnicy przetłumaczony został na język niemiecki.

W Warszawie umarł Dr. Adam P a n k i e w i c z, urodzony w r. 1808 na Litwie; w r. 1830 wstąpił do Akademii Wileńskiéj, gdzie kształcił się pod kierunkiem Jędrzeja Śniadeckiego; jako lekarz wojskowy odbył kampaniję węgierską i krymską. — W Częstochowie zmarł Dr. Józef B u s z y ń s k i, wychowaniec Warszawskiéj Szkoły Głównéj. (*Medycyna*).

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 44: R e j c h m a n a: Drugi przypadek bezustannego wydzielania soku żołądkowego wysokiego stopnia kwaśności; D u n i n a: O zapobieganiu i leczeniu suchot płucnych z punktu widzenia teoryi pasorzytniczéj (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 44: M i s i e w i c z a: Rozpoznawanie i leczenie zapaleń cewki męskiéj i pęcherza moczowego.

Redakcyja otrzymała:

Dr. Sew. PERKOWSKI: Nadliczbowa cewka, przebiegająca prącie przy cewce prawidłowo rozwiniętéj. Operacyja. (Odbicie z *Medycyny* 1883), in 8vo str. 4).

Piśmiennictwo lekarskie. GUSTIN. Étude clinique sur l'inoculabilité de la diphthérie. 8.Paris, Delahaye et Lecr. Fr. 2.

HAUSER G. Das chronische Magengeschwür Mit 7 Taf. gr. 8. Leipzig, F. C. W. Vogel. M. 8.

HENKE. Construction d. Lage d. Herzens in der Leiche. gr. 4. Tübingen. Fues M. 3.20.

HIRSCH Aug. Handbuch der historisch-geogr. Pathologie. 2. Bearbeitung. 2. Abthlg. gr. 8. Stuttgart. Enke. M. 12.

○ Na fundusz portretu ś. p. prof. Kozubowskiego nadesłał Dr. Ant. Pietrzycki z Kossowa kwotę 2 złr.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 17 listopada 1883. № 46. Rok XXII.

I. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

Keton salicylowo-resorcynowy jako środek przeciwgorączkowy.

(Doniesienie tymczasowe).

Podał Dr. Wł. Antoni Gluziński,
asystent tejże kliniki.

Trzy izomeryczne dwuatomowe fenole, t. j. hydrochinon, pyrokatechin i resorcyn (orto-meta i paradwutlenobenzol) zwróciły na siebie uwagę lekarzy w ostatnich czasach. Badania Lichtheima (*Corresp.-Bl. d. schweiz. Aerzte*, 1880, Nr. 14), Briegera (*Zeitschrift f. klin. Medicin*, t. III, z. I. i *Archiv für Anat. u. Physiol.*, 1879, str. 61) Andeera (*Centralbl. f. die medic. Wissenschaften* 1880, Nr. 27 i *Einleitende Studien über das Resorcin zur Einführung desselben in die praktische Medizin.* Würzburg, 1880) Suverbecka (*Deutsch. Arch. für. klin. Med.*, t. 32. str. 515) itd. wykazały, że ciała te działają przeciwgnilnie i silnie przeciwgorączkowo, zwłaszcza resorcyn (paradwutlenobenzol); badania te jednak równocześnie wykazały ujemne strony tych ciał, jak szybkie ustępowanie działania przeciwgorączkowego, bo w kilku godzinach mija i cały szereg ubocznych przypadów niemiłych dla pacyjenta jak lekarza. Przyczyna tych ujemnych skutków leży w łatwéj rozpuszczalności dwutlenobenzolów, a ztąd łatwego wsysania i szybkiego wydalania z organizmu. Aby temu zapobiedz, powziął prof. Nencki w Bernie myśl następującą: „ponieważ dwutlenobenzole (wyrażam się słowami Reponda: *Ueber die antiseptische Wirkung des Salicylresorcinketons.* Inaug.-Dissert., 1883 i *Corresp. Bl. f. schweiz. Aerzte,* 1883, Nr. 8, który sprawą tą zajmował się w pracowni Nenckiego) w wodzie są łatwo rozpuszczalne, a kwas salicylowy również przez alkaliczną treść jelit bywa zobojętniony i jako sól alkaliczna łatwo bywa wchłaniany, nasuwała się więc myśl, że te ciała, w razie wprowadzenia ich w formie mniéj rozpuszczalnéj, powolniéj będą wchłaniane ale zato dłużéj może zbiorowo działanie swoje wywierać będą“.

W tym celu zwrócił uwagę Nencki na preparat, jaki otrzymał A. Michael przez kilkogodzinne prażenie kw. salicylowego i resorcynu w ciepłocie 195—200°C. według wzoru:

$$C_6H_4 < \substack{OH \\ COOH} + C_6H_4(OH_2) = C_6H_4 < \substack{OH \\ CO} C_6H_3 < \substack{OH \\ OH} + H_2O$$

Kw. salicylowy + resorcyn = keton salicyl. — resorcyn.

Przetwór ten swojemi własnościami chemicznemi i fizycznemi, o których wspomnę niżéj, odpowiadał postawionemu założeniu.

Doświadczenia, jakie wykonał Repond w pracowni Nenckiego, aby się przekonać o jego antyseptyczném działaniu, wykazały, że takowy działa słabiéj wprawdzie niż kw. salicylowy, jednak zaliczyć go należy do środków silnych przeciwgnilnie działających. Z tych powodów lek ten zastosowano praktycznie naprzód w klinice chirurgicznéj Kochera w kilku przypadkach z pomyślnym wynikiem. Aby się zaś przekonać o jego działaniu przeciwgorączkowém [1]) prof. Nencki nadesłał prof. Korczyńskiemu pewną ilość (około 60grm.) ketonu z prośbą o zastosowanie w odpowiednich przypadkach w klinice lekarskiéj krak. Upoważniony przez niego do zdania sprawy z wyników doświadczeń nadmienić muszę, że liczba przypadków, w których stosowano wspomniony przetwór, nie uprawnia wprawdzie jeszcze do wypowiedzenia stanowczego zdania, przysłany bowiem przetwór w kwietniu b. r. tylko przez 2 miesiące letniego półrocza mógł być podawany, pospieszam jednak z tymczasowém doniesieniem, rezerwując sobie na późniéj możność podania dokładniejszych wyników. Otrzymany przetwór od prof. Nenckiego (w jego laboratoryjum zrobiony) przedstawia proszek szarobrunatny, o miłym zapachu, smaku wcale niewstrętnego; w gorącéj wodzie rozpuszcza się bar-

[1]) Repond w swojéj rozprawie czyni w tym kierunku tylko wzmiankę, że Bourquin w klinice Lichtheima stosował keton z pomyślnym skutkiem w 6 przypadkach duru brzusznego.

dzo mało, natomiast w glicerynie i wyskoku rozpuszcza się bardzo łatwo a roztwory jego chlorek żelaza barwi na czerwono-brunatno. Środek ten stosowano w następujących stanach gorączkowych: *typhus exanthematicus 2, pneumonia crouposa 2, phthisis pulmonum 1, pleuritis 1.*

Chorzy brali lek bez wstrętu, znosili go dobrze, bez przypadłości ubocznych. We wszystkich przypadkach mocz przybierał zabarwienie brunatno-zielonawe już na drugi dzień po zastosowaniu leku, a barwa ta po przerwaniu podawania utrzymywała się 2—3 dni powoli ustępując. Zabarwienie to, jak próby wykazały, pochodzi od połączeń fenolowych, a dokładniejsze badanie moczów w pracowni prof. Nenckiego wykazało, że część ketonu w organiźmie rozpada się na esorcyn i kwas salicylowy, część zaś opuszcza ustrój nierozłożona.

Sposób podawania był następujący: Na dzień lub dwa przed podaniem leku mierzono ciepłotę co 2 godziny, aby stwierdzić dokładnie tor gorączkowy, następnych 2—3 dni podawano keton w dawce dziennéj 3—4grm. (co 2 godziny 0·50), a mierzenie co 2 godziny ciepłoty rozciągało się jeszcze na 2—3 dni po zaprzestaniu podawania leku, aby się przekonać, jak długo trwa działanie.

Wyniki dotychczasowych doświadczeń dają się sformułować w następujący sposób:

1) Keton salicylowo-resorcynowy jest środkiem przeciwgorączkowym, znacznie jednak słabszym niż same dwutlenobenzole, szczególniej resorcyn. Obniża on ciepłotę najczęściéj tylko o 0·5°C.

2) Działanie jego rozwija się wolniéj niż dotychczasowych środków przeciwgorączkowych, trwa jednak dłużéj, rozciąga się bowiem nieraz do 1—2 dni, w których leku już się nie podaje.

3) Z dotychczasowych obserwacyj nie da się powiedzieć, czy jednakowy skutek wywiera na rozmaite tory gorączkowe lub w rozmaitych stanach chorobowych, czy też różne i jakie.

II. Kazuistyka lekarska w Turcyi.

Zebrał Dr. **W. Jabłonowski.**

VII. Dur brzuszny.

Z powodu zbyt konserwatywnego usposobienia mieszkańców Wschodu pod względem leczenia się w przypadkach chirurgicznych choroby wewnętrzne odgrywają największą rolę w praktyce tutejszych lekarzy. W badaniu zaś i leczeniu cierpień wewnętrznych na główną uwagę zasługują stany chorobowe zakaźne, których ocenieniu poświęcam teraz uwag kilka.

Dotykając zaś działu chorób zakaźnych wypadałoby je poprzedzić mniéj lub więcéj obszerném wykazaniem warunków, sprzyjających powstaniu i podtrzymujących szerzenie się ich w Turcyi. Cytowanie jednak szczegółów należących do zakresu higijeny zaprowadziłoby mnie zbyt daleko. Krótko więc tylko powiem, że w miastach i wsiach tureckich koncentrują się stale i wiecznie trwają wszystkie znane powszechnie przyczyny wywołujące cierpienia zakaźne. Nawiasowo zaś dodam, że taż sama Turcyja, która z takim zapałem naśladuje wszystkie nowatorstwa europejskie, w zakresie higijeny publicznéj dotąd nie zrobiła żadnego kroku, a co gorsza jeszcze, że nie skłania się wcale do zrobienia jakiegośkolwiek ustępstwa w zakorzenionych przesądach, mieszkania w brudnych domach i oddychania zepsutém powietrzem ciasnych ulic! Rzecz jednak prawdziwie zdumiewająca, dla czego wśród tak złych higijenicznych warunków choroby zakaźne tylko rzadko grasują tu nagminnie? Dla czego przy gromadném życiu ludności w przestrzeniach stosunkowo ciasnych, piciu wody nigdy nieprzecedzanéj i przepływającéj bez wyjątku przez warstwy gruntu nasiąknięte istotami w stanie gnilnego rozkładu znajdującemi się, najczęściéj dają się spostrzedz tylko przypadki sporadycznie występujących chorób zakaźnych, w liczbie których na pierwszą wzmiankę zasługuje tak zwana „Kara-humma,“ „Fièvre typhoide,“ czyli znany nam dobrze dur?

Obrazy kliniczne tego bezwarunkowo groźnego cierpienia, jego przebieg, powikłania i zmiany patologiczne, jakie pozostawia tak tutaj jak i na zachodzie, przedstawiając typ niejako klasyczny, uwalniają mnie od podawania przykładów poczerpniętych z kazuistyki miejscowéj. I dla tego téż ograniczam się tylko do podania najprzód poglądów tutejszych lekarzy na patogenezę duru, o rozmaitych sposobach jego leczenia i ostatecznie o przejęciu się pewnemi zasadami, poczerpniętemi z zakresu najnowszych teoryj i dokonanych badań.

Dla ogółu ludności miejscowéj „Kara-huma“ bardzo często nazywana „Typho“ jest cierpieniem cechującém się stałą gorączką, silnemi bólami głowy, nieładem w narządzie trawienia, zdradzającym się wymiotami lub biegunką, upadkiem sił, majaczeniem i w ogóle pojawami sprowadzającemi stan zwany tu powszechnie „adynamiją.“ Tak proste określenie wystarczy bezwątpienia dla prostaczków. Co zaś do zapatrywań lekarzy, to rzecz ta ma się zupełnie inaczéj. Przy kalejdoskopowym prawdziwie ich składzie nie podobna ażeby nie spotkać wyznawców najrozmaitszych doktryn, z których jedni, zapomniawszy czy też zaniedbawszy wyników anatomii patologicznéj, charakteryzują ten stan chorobowy uwzględnieniem tylko pojawów zewnętrznych; drudzy znowu, wikłając z sobą spostrzegane przypady, tworzą tyle chorobowych form, ile bywa cechujących pojawów. To nam téż wytłumaczy przyjęty tu podział duru na śluzowy, zapalny, ataksyjny i adynamiczny. Ci zaś z praktyków, którym są znane dzieła autorów francuskich, za przykładem Chomela uważają dur za plamiste cierpienie jelit i przy badaniu swych chorych poszukiwać zwykli na powłokach brzusznych cechujących cierpienie plam. Dla nich „przyczyna ogólna,“ dotąd nieznana co do swego siedliska i istoty, wywołując zmianę krwi, oddziaływając na system nerwowy i na cały ustrój jednocześnie, jest głównym powodem wywołującym cierpienie. Inni znowu, wyznając katechizm Dellaroka utrzymują, że to żółć zepsuta sprowadza zmiany w przewodzie pokarmowym, z czego wynika wessanie istot gnilnych zawartych w jelitach i zmiany następowe we krwi oddziaływające głęboko na ustrój.

Jak widzimy koledzy wschodnio-tureccy są bardzo dalecy od przejęcia się najnowszemi doktrynami o patogenezie duru! Skorupa ta jednak przedawnionych pojęć, jakkolwiek z trudnością, rozpada się powoli pod naciskiem niedających się zaprzeczyć faktów, jakie zawdzięczamy badaniom drobnowidowym, które dotychczasowym doktrynom o przyczynach wywołujących choroby zakaźne w ogóle i dur w szczególe dają wyraz jaśniejszy i bardziéj trafiający do przekonania.

Zmiany téj jednak w zapatrywaniu się na dotychczasowe teoryje duru nie należy przypisywać badaniom lub pracom dokonanym na miejscu. Przeciwnie, powstały one

dzięki pośrednictwu obcych żywiołów, przybyłych do Turcyi w celu rzucenia zdrowych ziarn nauki na niwę dotąd nieuprawianą, lub w zamiarze zapoznania się ze słodyczą praktyki miejscowéj. Krótką epokę, poprzedzającą ostatnią wojnę wschodnią, można uważać za okres przemiany pojęć tutejszych lekarzy o patogenezie duru. Wtedy to bowiem liczne grono, złożone z adeptów szkół kierowanych przez ludzi głębokiéj nauki, przybywszy do Stambułu rozpoczęło krzewienie tu świeżo zdobytych wiadomości. Odtąd też ustaliło się tu pojęcie, że przyczyną wywołująca dur jest to właściwy pierwiastek, zaraźliwy lub zaduchowy (*contagieux*“ „*miasmatique*“) mogący się zrodzić w pewnych ciałach gnijących, posiadający własność przechowywania bardzo długo swéj siły i szerzenia się za pośrednictwem zanieczyszczonéj wody do picia, głównie zaś drogą odchodów stolcowych chorych. W jaki zaś sposób ten zarodek złego przenika do ustroju? Odpowiedzią na to będzie uwzględnienie chłonności właściwéj jelitom. Istoty w nich zawarte po wydaleniu drogą odchodów stolcowych dostają się lub co gorsza bywają rzucane do niegłębokich dołów, zkąd przesiąkając przez warstwy gruntu dostają się do źródeł i studni a w Turcyi przenikają nawet do kanałów doprowadzających wodę z daleka i w ten sposób nie tylko że zanieczyszczają liczne tu „Czesme“ (fontany) ale i cysterny po domach.

Z nowych badań drobnowidowych podających za jedyną przyczynę powstawania duru nieskończenie małe twory organiczne wynikła konieczna zmiana dotychczasowego sposobu leczenia. Wiadomo jednak, z jak wielkiemi trudnościami walczyć muszą zarządy zdrowia w krajach stojących na szczycie dzisiejszéj cywilizacyi. Jeżeli więc gdzieindziéj największe usiłowania przedsiębrane w celu powstrzymania szerzenia się znanego niejako zarodka złego, tylko niezupełnym bywają uwieńczone skutkiem, to w Turcyi, tak w jéj stolicy jak i po miastach i miasteczkach, nie podobna dokonać choćby najmniejszego ulepszenia, któreby mogło nosić na sobie cechę higijeniczną. Utrzymać w dobrym stanie kanały i wychodki, unikać budowy tych ostatnich tuż w pobliżu studzien, poddać bieliznę chorych praniu w ługu, odwietrzać odchody stolcowe chlorem i kwasem karbolowym, przestrzegać i dbać, ażeby każda woda do picia była najprzód przecedzoną, słowem uciec się do zastósowania wszystkich środków zabezpieczających, pozostanie tu na długo martwą tylko literą! Nie dość tu bowiem znać źródło i naturę samego złego. Wystarczy to tylko do zainteresowania ciekawych, którzy z całą swą wschodnią naiwnością, głaszcząc poważnie brody, przyklasną tylko tego rodzaju wynalazkom. Ale skłonić ich do zastósowania choćby najpospolitszych środków higijenicznych, pozostanie tylko próżném usiłowaniem. Nieraz wprawdzie dają się słyszeć gorzkie narzekania na bardzo zaniedbany stan kanałów doprowadzających wodę do picia, na brak kanalizacyi w większych miastach, na opieszałość zarządów miejskich itp. Lecz podobne narzekania pochodzą zwykle od tych mieszkańców, którzy mieli sposobność zapoznania się z urządzeniami zachodu, podczas gdy przesądny ogół nigdy nie uwierzy, ażeby jego „Kara-huma“ mogła powstawać w skutek istnienia jakiegoś tam „Bodżek“ (robak) lub „Mantar“ (grzybek). A gdyby nawet uwierzono w coś, dającego się tylko spostrzedz za pomocą wyłącznych szkieł, to i wtedy nie przyzna się mu żadnéj siły i odkrycie zachodnie uzna się za zbyt młodziutkie, a zatém za słabe do wywołania morderczych chorób. W ostatniém tém zdaniu ukrywa się nieco prawdy. Bo w istocie trudno sobie wytłumaczyć, co jest właściwie powodem, że w obec takich warunków higijenicznych Turcyja rzadko tylko ulegała ciężkim epidemijom duru? Czy w istocie znany dziś zarodek choroby nie ma siły rozwinąć się w obec innego straszniejszego jeszcze konkurenta, jakim właśnie bywa dość popularna cholera? Czy też może mikroorganizmy téj ostatniéj działają niszcząco na pierwiastek zaduchowy duru? To kwestyja, na którą chyba przez późniejsze porównanie będziemy w stanie odpowiedzieć.

Na teraz przejdźmy do przeglądu przypadków spostrzeganych i do oceny używanych tu sposobów leczenia, które poprzedzę uwydatnieniem ciekawych powikłań duru, rozmaitych co do swéj siły i charakteru, stósownie do miejscowości, w jakich miałem sposobność robienia spostrzeżeń.

Ilość 187 przypadków duru spostrzeganych w 7-letnim okresie czasu przedstawiała formę zwaną brzuszną. Obserwowałem je w szpitalach wojskowych Batumu, Trebizondy i Stambułu, także pośród ludności stolicy zamieszkującéj części miasta zwane „Galata“ i „Kassym-basza.“ Z téj to liczby przypada na Batum 42 przypadki, na Trebizondę 54 na Stambuł 62 (w szpitalach) i 29 przypadków w praktyce prywatnéj. W Batumie i Trebizondzie miałem tylko do leczenia mężczyzn w wieku od 20—43 lat, najczęściéj żołnierzy a niekiedy i mieszkańców Lazów, wychodźców z Kaukazu, Czerkiesów i Nogai, także przybyłych z zachodniéj Anatolii górali zwanych Zebekami. W Stambule zaś, prócz przypadków spostrzeganych w szpitalach, reszta leczonych w mieście obejmuje chorych obojéj płci, a mianowicie 12 mężczyzn od 30—48 lat, 9 kobiet od 17—29 i 8 dzieci (6 chłopczyków i 2 dziewczynki) od 8—13 lat. Co do narodowości, Turcy dawali najwyższy odsetek. Za nimi następują Izraelici (w Trebizondzie i Stambule), daléj Ormijanie i wreszcie dwóch Murzynów.

W Batumie samo położenie miejscowości pozbawionéj wszelkich warunków higijenicznych, pogorszonych jeszcze nagromadzeniem się oddziałów wojskowych nadciągających z rozmaitych okolic tak z głębi kraju jak i drogą morską, sprzyjało bardzo rozwojowi i częstości powikłań duru, bezwarunkowo towarzyszących każdemu przypadkowi. Tutaj więc przy ciepłocie ustroju niespadającéj nigdy niżéj 40·2°C. szereg właściwych pojawów choroby od chwili wejścia chorego do szpitala przedstawiał zawsze niezwykłą siłę. I tak w szpitalu jak i w mieście żaden przypadek nie był wolny od powikłań chorobowych. W rzędzie tych ostatnich stale przeważało zapalenie płuc, występujące bez różnicy w ciągu 8go dnia choroby lub nieco późniéj i cechujące się bardzo skąpą wydzieliną charakterystycznych plwocin, przy bardzo szybkim przebiegu sprawy zapalnéj. Najgroźniejszém jednak powikłaniem dla naszych chorych było zapalenie otrzewny, stające się bardzo szybko ogólném i przy zmniejszonéj uczuciowości chorych, upadku sił, dające się stwierdzić zaledwie drugiego dnia po wystąpieniu pierwszych bólów. Czy zaś w naszych przypadkach przyczyną zapalenia otrzewny było przedziurawienie jelit, czy też niezwykła tylko siła sprawy zapalnéj błony śluzowéj? stanowczo na to odpowiedzieć nie mogę, tak że prawdopodobném jest, iż obie przyczyny odgrywały tu właściwą sobie rolę. W ciągu drugiego tygodnia choroby występowały zwykle krwotoki. Stwierdzenie ich u chorych leczonych w mieście nie było trudném z powodu większéj pilności w przechowywaniu wydzielin stolcowych. W szpitalu zaś, przypuszczając ich możebność, przedewszystkiém należało śledzić za wystąpieniem pojawów cechują-

cych silne krwotoki, bo na podstawie samych odchodów stolcowych nie można było przypuszczać ich z pewnością. W sześciu przypadkach spostrzegliśmy krwotok jawny; ilość wydzielonéj krwi równała się prawie dwom litrom, przedstawiając się w stanie masy koloru czarnego, zsiadłéj i rozpadającéj się. Dodamy do tego nieuniknione w naszych przypadkach zapalenie gruczołu przyusznego, a zrozumiemy smutną sytuacyję, w jakiéj się znajdowali nasi chorzy, z których tylko dziewięciu mogło się udać do Trebizondy dla doczekania się tam końca choroby. (C. d. n.)

III. Zaniemienie po użyciu siarkanu chininu.

Podał Dr. Piórko w Baranowie.

Dr. W. Jabłonowski podał w swojéj kazuistyce z praktyki w Turcyi ciekawy przypadek zaniemienia z siarkanu chininu. (Przegląd Lekarski Nr. 34, rb.)

Podobny przypadek wydarzył się u jednego z moich chorych. Wojciech W. lat 37 liczący, włościanin w wiosce D., przebywszy w życiu swojém zapalenie płuc i dur, na które się nie leczył, zapadł ponownie na zapalenie płuc dławcowe w dniu 22 października rb., które stwierdziwszy wezwany w 4tym dniu choroby zaordynowałem odpowiedni środek wykrztuśny. Na trzeci dzień po mojéj u chorego wizycie przybył do mnie posłaniec z prośbą o zmianę lekarstwa oświadczając, że mój chory nie ma się lepiéj. Tym razem oprócz środka wykrztuśnego poleciłem zarazem siarkan chininu w dawkach małych, bo po 0·10 ze znakiem użycia co 3 godziny po proszku. Po użyciu pierwszego proszku uczuł chory nieprzezwyciężony wstręt do dalszego używania przepisanych proszków. Naglony jednak przez domowników zażył drugi proszek a otaczający chorego zauważyli po jakimś czasie, że chory „gada źle“ i że w końcu mówić przestał, co uważano za początek konania, chociaż był przytomnym.

Przemówiwszy jednak po pewnym czasie ku zadowoleniu domowników, zażył następnie namówiony przez żonę jeszcze dwa proszki po 0·10 a w pewien czas powtórnie zaniemiał, lecz tym razem na czas dłuższy, gdyż na całą noc. Wywiady późniejsze wykazały, że chory nie naraz przestał mówić, lecz jak mówiono, „mowa mu się plątała.“ Teraz już zamknięcie mowy uważano za bliski koniec życia chorego. Przybyły jednak wójt, krewny chorego, zauważył, że chory na umierającego nie wygląda i raniutko przyjechał po mnie. Przybywszy na miejsce zastałem pacyjenta z wyrazem twarzy istotnie na agoniję nie wyglądającym, jednak nie bez pewnego przestrachu, z tętnem jednostajném, pełném i miękkiém, z oddechem przyspieszonym także jednostajnym. Na zapytanie moje nie odpowiadał, na głośne wołanie po imieniu spoglądał na wołającego. Czynne ruchy odnogami wykonywał zrzucając z siebie przykrycie ciężkie. Badałem dokładniéj chorego i nie znalazłem nic więcéj nad to, co przy poprzedniéj wizycie. Ciepłota była mniejszą. Nie umiejąc sobie sam zdać sprawy ze stanu chorego na razie, nie mogłem też i interesowanym takowego objaśnić a chociażbym był i w téj chwili już znał przyczynę, nie byłbym jéj wykrył otaczającym. Oświadczywszy, że chory nie jest konającym i zrobiwszy nadzieję, któréj sam nie bardzo dowierzałem, że chory prawdopodobnie przemówi, odjechałem a wśród myślenia przez drogę o moim chorym przypomniałem sobie przytoczony podobny przypadek Dra W. Jabłonowskiego i zdaje mi się, że i mój przypadek jest podobnym, rzadkim. A przynajmniéj nie umiem sobie wytłumaczyć zaniemienia u mojego chorego inaczéj, jak tylko nawiązując go do przypadku Dra W. Jabłonowskiego. Dwukrotne zaniemienie po dwukrotném użyciu chininu zdaje się za tém przemawiać, że chinin był przyczyną. Uderzającą tylko jest mała dawka. Niezbity dowód możnaby osiągnąć przez podanie jeszcze raz chininu byłemu choremu a obecnie już zdrowemu, który za godzinę po moim odjeździe przemówił; lecz podobny eksperyment wśród ciemnego ludu pewnoby nie utwierdził w nim zaufania do lekarzy i lekarstw. Wielkie dawki chininu, jak wiadomo, mogą ogłuszyć, porazić przyrząd ruchowy serca, sprowadzić głęboką śpiączkę i zajęcie sensorium, w którym to ostatnim razie utrata czasowa mowy nie byłaby niczém dziwném, lecz w podanym przypadku wszystkiego tego nie było oprócz mocnego przytępienia słuchu a dawka 4 razy po 0·10 małą.

IV. Oceny i sprawozdania.

B i n z: **O poronném leczeniu chorób zakaźnych.**

Dwie są przyczyny, z powodu których ostre choroby zakaźne nie mają już dzisiaj téj groźnéj cechy i nie występują tak często, jak niegdyś; są niemi: postęp higijeny, tak publicznéj jak prywatnéj — i postęp w leczeniu. Sama higijena jednak nie wytępi tych chorób; tego się po niéj nie ma co spodziewać; musiałby pierwéj chyba zniknąć z powierzchni ziemi proletaryjat, gdziekolwiek się znajduje, a z nim brud, nędza i wszelkie niedole. Ten złoty okres jednak dość jeszcze dla ludzkości daleki, a zatém — kolej na terapiję. Zresztą, dokąd najmniejsze cząstki przyrzutów zakaźnych bujają gdzieś i mnożą się, żaden pałac królewski nie jest przed niemi bezpieczny; istoty białkowate ustroju ludzkiego zawsze będą dla nich szerokiém polem rozwoju a tutaj w ostatniéj instancyi nie na kogo innego znów, tylko na lekarza koléj, za pomocą zapobiegania i leczenia kłaść tamę złemu.

Szczupły dawniéj zakres działalności w medycynie wewnętrznéj rozszerzył się w ostatnich czasach. Powszechnie szukamy obecnie nowych środków i to takich, któreby zdołały zwalczać, jeżeli nie niszczyć niższe ustroje, będące przyczyną chorób zakaźnych. Środki takie powinny usuwać gorączkę zakaźną, nie przynosząc oczywiście szkody choremu. Wzorem tu stary środek przeciwgorączkowy, chinin.

Spostrzeżenia bezpośrednie przy łóżku chorego zwolna doprowadziły świat lekarski w ostatnich 13 latach do przekonania, że w chorobach zakaźnych nie tyle chodzi o stłumienie gorączki, jako objawu choroby, ile raczéj o bezpośrednie zwalczanie jéj przyczyny. Skoro tylko w pewnéj chorobie zakaźnéj posiadamy środek swoisty, natenczas leczenie odbywa się sposobem poronnym, to znaczy, niszczymy wprost czynnik szkodliwy, albo przynajmniéj stłumiamy jego działalność do tego stopnia, że reszty dokonywa już ustrój własnemi siłami.

Zapatrywanie to wymaga bliższego wyjaśnienia, a najlepiéj dać je na zakażeniu bagienném i chininie. W żadnéj może kwestyi nie ma w medycynie tak powszechnéj zgody, jak co do swoistego działania tego ostatniego środka w zakażeniu bagienném, a jednak nic może nie było do ostatnich czasów mniéj jasném, jak sposób działania chininu. Z wielu

teoryj weźmy np. tylko tę, za którą najwięcéj dotąd zdawało się przemawiać. Podług niéj zimnica i jéj następstwa nie jest nic innego, jak tylko nerwica nerwu spółczulnego, wywołana podziałaniem swoistego jadu. Chinin leczy zimnicę w ten sposób, że niejako wzmacnia nerw spółczulny, w skutek czego zmniejsza się wrażliwość jego w obec jadu zimniczego. Atoli nazywanie zimnicy nerwicą nerwu spółczulnego niczego jeszcze nie wyjaśnia, jak niczego nie wyjaśniałoby, gdybyśmy dur jelitowy nazywali „gorączką nerwową“ dla tego jedynie, że i tutaj nie brak przypadów nerwowych. Nie o objawy jednak tu chodzi, lecz o istotę choroby, tą zaś w zimnicy jest obecność w ustroju organicznego a zarazem zorganizowanego jadu, który wprawdzie najczęściéj, jednakże nie w każdym przypadku, wywołuje okresowe przypady nerwowe. Że te ostatnie nie stanowią istoty choroby, dowodem, że właśnie w najzłośliwszych formach tego zakażenia nie ma ich wcale; brak ich również w chronicznem charlactwie zimniczém a bardzo często także w tak zwanéj zimnicy utajonéj. A przecież we wszystkich tych formach chinin mniéj lub więcéj jest skutecznym, chociaż nie chodzi tu o usuwanie „typowych“ przypadów.

Co się tyczy zresztą nerwu spółczulnego, to nikt dotąd nie wykazał, nawet na zwierzętach, aby chinin w dawkach nietrujących istotnie nań działał. Przekonywające są natomiast doświadczenia Binza, czynione na większych zwierzętach, u których tenże usuwał gorączkę chininem, przeciąwszy poprzednio ośrodek n. spółczulnego i umieściwszy zwierzę owinięte gęstą watą w ciepłocie 28°—30°C. Tutaj nie ulega żadnéj wątpliwości, że gorączka nie pomniejszyła się ani przez utratę ciepła na zewnątrz, ani przez wpływ chininu na nerw wymieniony. Również i co się tyczy obrzęku śledziony w zakażeniu zimniczém, to pod wpływem chininu zmniejsza się tenże, jak to wykazali Mosler i Landois, nawet wtedy, gdy przetniemy wszystkie nerwy biegnące ku śledzionie. Pomniejszenie pobudliwości zwrotnéj uważano po zadaniu chininu tylko u żab, jednakże po dawkach zabójczych, albowiem po nich wszelka w ogóle pobudliwość żywotna ustaje. Jeżeli więc u chorego po chininie pobudliwość zwrotna się zmniejsza, to odbywa się to widocznie w jakiś inny sposób, niż bezpośredniém działaniem chininu na nerwy.

Że obniżanie się gorączki po zadaniu środków odpowiednich nie dzieje się za pośrednictwem zwolnienia tętna lub oddychania, najlepszym dowodem akonityn, który te ostatnie skutki wyraźnie sprowadza, jednakże gorączki bynajmniéj nie zmniejsza; zresztą Finkler wykazał, że tętno i oddychanie są bez wpływu na zużywanie się tlenu w komórkach tkankowych. Środki przeciwgorączkowe nie działają téż bezpośrednio na ośrodek regulujący ciepłotę w ustroju, w tym bowiem razie powinienby każdy taki środek w każdéj chorobie zakaźnéj pomniejszać gorączkę, wiemy zaś, że np. chinin słabo działa w reumatyzmie ostrym, w płonicy, w durze powrotnym, w róży zakaźnéj, w kile, a już zupełnie jest bezskuteczny w gorączce okresowo się wzmagającéj w przebiegu nagminnego zapalenia opon mózgo-rdzeniowych (Ziemssen, *Handb. d. spec. Pathol. u. Ther.* 1877, t. II, str. 5ʒ5).

Co do chininu w zakażeniu bagiennem, to nic innego przypuścić nie można, jak tylko bezpośredni wpływ tegoż na jad wywołujący tę chorobę. Przemawia zatém jeszcze i ta okoliczność, którą wielu badaczy potwierdziło, że podawaniem przez czas dłuższy średnich dawek chininu (0·4—0·5 dwa razy dziennie) wybuchowi zimnicy zapobiedz można. Owa własność zapobiegawcza chininu popiera jednak silnie teoryję działania tego środka, podaną w r 1868 przez Binza. Nie można bowiem inaczéj tego zapobiegania zrozumieć, jak w ten sposób, że jad zimniczy, dostawszy się do ustroju, zaraz na wstępie zostaje przez chinin ubezwładnionym. Nie ma tu oczywiście mowy o uleczeniu przez obniżenie gorączki lub usunięcie innych jakichkolwiek przypadów, skoro tego wszystkiego jeszcze nie było. W przebiegu znów saméj zimnicy, a więc wtedy, gdy jad zimniczy w znany sposób okresowo podnieca czynność ośrodka regulującego ciepłotę i wywołuje przypady nerwowe, — chinin, jak to powszechnie wiadomo, działa tylko wtenczas, jeżeli go zadamy właśnie podczas bezgorączkowia. Że mamy tu przed sobą nie działanie objawowe, lecz wybitnie swoiste i że rola chininu w zimnicy bynajmniéj nie polega jedynie na przerywaniu okresowych przypadów nerwowych, — najlepszym dowodem skuteczność tego alkaloidu na obrzęk śledziony, ową częstą pozostałość po zimnicy; daléj na zimnicę utajoną, wreszcie na chroniczne charłactwo zimnicze, któreto dwie ostatnie formy występują również bez gorączki. W każdym z tych przypadków chinin leczy, t. j. usuwa przypady chorobowe, działając na pierwotną ich przyczynę.

A co do téj ostatniéj, to nim jeszcze poznaną została, łatwo można było z samych już własności chininu z góry powiedzieć, że stanowi ją jakiś niższy organizm, powstający podczas butwienia roślin. Właśnie bowiem tego rodzaju organizmy, żyjące zazwyczaj w cieczach obojętnych lub słabo zasadowych, odznaczają się ogromną wrażliwością na działanie chininu. Już w słabych rozczynach tego alkaloidu giną one po kilku godzinach. W ustroju ludzkim zaś wystarczają do ich ubezwładnienia rozczyny jeszcze słabsze, albowiem komórki tkanek same przez się posiadają już pewną, znaczną nawet, siłę odporną przeciw działaniu jadu bagiennego. (Dok. nast.)

Prof. Charcot: **Un cas de suppression brusque et isolée de la vision mentale de signes et des objets (formes et couleurs).** Wykład kliniczny spisany przez Dra Bernarda.

Od czasu Galla uznali fizyjologowie, że wyraz pamięć jest pojęciem zbiorowém, obejmującém wielką ilość pamięci częściowych; Gratiolet, popierając zapatrywania Galla, twierdził, że każdemu zmysłowi odpowiada właściwa mu pamięć. Pojęciom tym najwyższy wyraz dał Dr. Ribot w swém dziele: *Les maladies de la mémoire* (1881); autor ten twierdzi, że najskrupulatniejsza analiza stwierdza, iż pamięć jest skupieniem pamięci specyjalnych, że tak jak w stanie prawidłowym organizmu pamięci częściowe są od siebie niezależne, tak w stanie chorobowym jedna z nich może uledz utracie, w obec nienaruszonego stanu wszystkich innych. Prof. Charcot poświęcił jeden z swych wykładów klinicznych choremu, którego stan uderzająco stwierdził istnienie pamięci specyjalnych, oraz możebność utraty jednéj pamięci bez naruszenia innych. Chory Charcota należał do ludzi nadzwyczaj umysłowo czynnych; zdolność umysłowego przedstawienia przedmiotów była u niego rozwinięta w niezwykłym stopniu, i tę zdolność pamięciową utracił on nagle, tracąc z nią możność pamięciowego widzenia (odtwarzania) przedmiotów, (*Mental Imagery* Galtona) ich kształtów i barwy. Oto jest historyja tego człowieka:

X., przemysłowiec, urodzony w Wiedniu, wysoko wykształcony, włada językami: francuskim, niemieckim, hiszpań-

skim, oraz klasyczną greczyzną i łaciną. Znał na pamięć autorów greckich i rzymskich, i mógł całe działy wygłosić. Ojciec, bracia i siostry chorego odznaczają się gruntownėm wykształceniem, zajmują poważne stanowiska; syn jego już w 7 roku życia znał dokładnie najszczególowszą chronologiję. X. jeszcze przed rokiem zadziwiał wszystkich swoją pamięcią; tak jak ojciec jego i syn odznaczał się X. nadzwyczajną zdolnością przedstawienia pamięciowego przedmiotów (*memoire visuelle*). Odtwarzanie pamięciowe przedstawiało mu rysy osób, kształt i barwę przedmiotów w takim silnym stopniu i w takiéj czystości kształtów, jak sama rzeczywistość. Jeśli X. potrzebował stwierdzić jaki fakt, odszukać list z swéj nadzwyczaj obfitéj i wielojęzycznéj korespondencyi, to pismo poszukiwane przedstawiało mu się w swéj formie papieru, odtwarzała się w pamięci pisownia, nierówność wierszy, podskrobania, plamy atramentowe itd.; tak również umysł jego zachowywał się względem dzieł literatury, arytmetyki itd. Nie mógł X. przypomnieć sobie treści przedstawienia teatralnego bez uprzytomnienia poprzedniego aktorów, ich gry, ucharakteryzowania, ruchów itd.

Pamięć słuchowa nie odgrywała wybitnéj roli w życiu umysłowém p. X.; muzyka nigdy jego nie zajęła, i nie potrafiłby on powtórzyć żadnéj nuty, którą słyszał wielokrotnie.

Stojąc na czele wielkiego przedsięwzięcia finansowego, X. chwilowo uległ grozie upadłości swych interesów pieniężnych, stracił sen i apetyt; a chociaż obawy jego były płonne, stan pognębienia nie przeminął, i jednego dnia X. stwierdził gwałtowny w sobie przewrót, wytwarzający zupełne przeciwieństwo w jego umysłowym stanie w stosunku do dotychczasowych zdolności. Ta nadzwyczajna pamięć przedstawienia kształtów i barw przedmiotów zupełnie znikła, X. zdawał sobie sprawę z téj zmiany i sądził, że uległ pomięszaniu umysłu; lecz z czasem przekonał się, że był w stanie kierować swemi sprawami, wywolując pamięć nie drogą przedstawienia, lecz innym sposobem. Powracając do rodzinnego miasta po kilkodniowéj w niém niebytności, nie poznawał on ani jednego budynku, od dziecięctwa sobie znanego, przypatrywał się ulicom, jakby po pierwszy raz je widział; po pewnym jednak czasie pamięć, choć powolnie, wracała i X. czuł się znowu w mieście dobrze sobie znaném. Zapytany, jak wygląda kościół w rodzinnėm mieście, który X. wielokrotnie rysował, odpowiada: „wiem że on istnieje, ale nie jestem w stanie opisać żadnego szczegółu, a tém mniéj narysować.“ Rysów twarzy własnéj żony i dzieci X. nie był w stanie wyobrazić sobie, a kiedy ujrzał te osoby, widział w nich obce sobie twarze; nawet własnych rysów nie poznawał i idąc na wprost zwierciadła, ustępował z drogi odbiciu własnego obrazu. Niepamięć przedstawiania barw i ich odcieni była w tym stopniu jak niepamięć kształtów przedmiotów; niepamięć ta sięga tak do wspomnień z życia ostatnich lat, jak i do wrażeń dziecięctwa. Badanie wzroku dało wynik ujemny. X. zapomniał tak dobrze sobie znane na pamięć utwory klasyków; poszukając jakiego listu, zmuszony był przebierać jeden po drugim, czytając każdy z osobna, jak to zresztą czynią wszyscy ludzie. Dodając liczby wymawia jednę po drugiéj, dodając każdą z osobna. Przypominając sobie rozmowę czyjąkolwiek, X. czuje dobrze, że od czasu choroby, posługuje się nie przedstawieniem osoby, lecz pamięcią słuchową, co mu przychodzi czynić z trudnością. Słowa przypomniane zdają mu się brzmieć w jego uszach, uczucie dla niego zupełnie nowe i obce. Kiedy panu X. każe się napisać dwa wiersze, które mu daje się do przeczytania, zmuszony on czynić wysiłek słuchowy, ażeby módz utrzymać w pamięci to, co czyta; czytając porusza ustami tak, ażeby te ruchy dochodziły jego świadomości; pozbawiony przedstawienia umysłowego, ucieka się on do wyrażania się podmiotowego, wewnętrznego i do ruchów artykulacyjnych języka i ust, dla pojęcia tego, co czyta. Chory doskonale pojął i ocenił nowy organiczny mechanizm swéj pamięci i wiele uwag prof. Charcota wypowiedział on sam przed tém. Ażeby nauczyć się co na pamięć, potrzebuje on czytać wielokrotnie i bardzo głośno, ażeby wrazić w organ słuchu to, co zamierzył nauczyć się, a gdy recytuje urywek wyuczony, czuje wyraźnie, zanim wypowie, słyszenie podmiotowe, którego przed tém nigdy nie doświadczał. Śniącemu choremu nie przedstawiają się widziane przedmioty, osoby; tylko słyszy mowę i to hiszpańską, t. j. pierwszy język, którego wyuczył się w dziecięctwie.

Zastanawiając się nad opisanym przypadkiem, widzimy przed sobą zdolnego człowieka, obdarzonego niezwykłą pamięcią, która polegała głównie na zdolności umysłowego przedstawienia; przedstawia on pierwowzór tych wyjątkowych ludzi, którzy podług Galtona poniekąd czytają umysłowo każdy wyraz, zanim go wypowiedzą, i którzy chcąc wygłosić jaką myśl wspomagają się współczynnikiem wzroku a nie słuchu; ta nadzwyczajna zdolność pamięciowego przedstawienia, według Galtona, jest darem dziedzicznym, co w zupełności stwierdza się na rodzinie p. X. Utrata nagła i zupełna daru umysłowego przedstawienia, któréj uległ p. X., nie pozbawiła go jednak zdolności wypowiadania swych myśli; utracając dar przedstawienia wzrokowego, instynktowo wzbudził on w sobie pamięć słuchową, do téj chwili niemal zupełnie zaniedbaną. Przedtém chcąc nauczyć się na pamięć kilka wierszy, potrzebował on je widzieć; w nowym swym stanie potrzebuje on w tym celu wielokrotnie przeczytać głośno, a kiedy ma recytować wiersze, doświadcza uczucia dla siebie nieznanego: słyszenia podmiotowego, które poprzedza wygłoszenie słów.

Przypadek opisany nasunął Charcotowi następujące uwagi: badanie kliniczne pouczyło tego badacza, że powszechnie przyjęta jednostka chorobowa, utrata pamięci słów (*amnésie verbale)*, stanowi jednostkę zbiorową, i powinna być rozłożona na części składowe. W rzeczywistości pojęcie słowa jest kompleksem; rozróżniamy w nim cztery pierwiastki zasadnicze: słuchowy, wzrokowy i dwa ruchowe: artykulacyjny i graficzny, wchodzące w skład czucia mięśniowego. Utrata pamięci słów, słuchowa i wzrokowa, stanowi początek téj choroby, która w pełnym rozwoju prowadzi do głuchoty i ślepoty słów. Jeśli np. mamy w umyśle jakąś myśl, i nie możemy tylko wywołać jéj obrazu bądź słuchowego, bądź wzrokowego, to ten stopień zaburzenia nazywa Charcot utratą pamięci słów, słuchową i wzrokową; jeżeli zaś oko widzi słowa napisane, jeśli one brzmią w uchu, a rozpoznanie ich jest dla chorego niemożebném, w onczas stwierdzamy istnienie w pierwszym przypadku ślepoty, w drugim głuchoty słów. Na téj zasadzie stwierdzić możemy istnienie mięśniowéj utraty pamięci słów, jeżeli obraz wywołany czuciem mięśniowym, bądź artykulacyi, bądź ruchów ręki potrzebnych do pisania, nie da się wywołać. Nie należy zapominać, że sposób przypomnienia słów jest rozmaity, i tu zachodzą ważne indywidualne odcienia: jedni, i takich liczba największa, wspomagają się obrazem słuchowym, drudzy wzrokowym; inni zaś posługują się czuciem mięśniowém, ar-

tykulacyjném lub graficzném, a rzecz prosta, że obraz słuchowy, wzrokowy i czucia mięśniowego mogą działać współczynnie. Jeżeliby dla uproszczenia nazwano sumarycznie typem wzrokowym, słuchowym i ruchowym zboczenia w utracie pamięci słów, to p. X. był doskonałym okazem pierwowzoru wzrokowego, i jeśli on nie uległ zaburzeniom w zdolności wyrażania swych myśli, to zawdzięcza to wielkiego znaczenia czynnikowi organicznemu, którym jest „zastępczość" w czynnościach mózgowia. Pierwiastek słuchowy i ruchowy zastąpiły w tym stopniu zatarty obraz wzrokowy, że X. tylko w delikatnych odcieniach wyrażenia myśli doznaje pewnych trudności.

Przytoczony przypadek poucza, że utrata jednéj części obrazowych wspomnień bez jednoczesnych zaburzeń w innych częściach, jest faktem naukowym w patologii i fizyjologii mózgu; prowadzi on za sobą logiczne następstwo, że każdy pierwiastek wspomnień (wzrokowy, słuchowy i ruchowy) ma swą stałą siedzibę w mózgu, czyli, że mózg składa się z niezliczonéj ilości organów, połączonych wprawdzie z sobą, lecz mających ściśle określone przeznaczenie. Powszechnie dziś uznana zasada lokalizacyi czynności mózgowych z dniem każdym znajduje potwierdzenie w spostrzeżeniach klinicznych Charcota. (*Le Progrès médical* Nr. 29). *Dr. A. Kwaśnicki.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

XII Posiedzenie zwyczajne Tow. lek. krak. z d. 4go lipca 1883.
Przewodniczący: kol. Warschauer. Członków obecnych 10.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i bez zmian przyjęto.

2) Przewodniczący odczytuje list Dra Wicherkiewicza, donoszący o odroczeniu terminu IV Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu na r. 1884.

3) Kol. Grabowski składa Rocznik Tow. lek. krak. za r. 1882 z polecenia Towarzystwa przez siebie ułożony. Na wniosek kol. Blumenstoka zgromadzenie przez powstani edziękuje kol. Grabowskiemu za trudy przy redakcyi tegoż rocznika poniesione.

4) Kol. Gluziński przedstawił 28 letnią kobietę ze zmianą wrodzoną, odnoszącą się do obydwóch przedramion i rąk, w części także i do ramion, przytém opisał odmiany wrodzonych zboczeń odnóg górnych w ogóle, i zastanowił się nad tą, którą przedstawia i zaliczył ją do formy zwanéj przez Förstera *Perobrachius.*

5) Tenże okazuje: *Oleum pini pumilionis polonicum* wyrobu aptekarza Nitribita z Krynicy. Porównywa je z takimże olejkiem z Reichenhall i innemi zagranicznemi, przyczém dochodzi do wniosku, iż olejek wyrobu aptekarza z Krynicy, w niczém zagranicznym nie ustępuje i wcale od nich nie jest droższy; zachęca daléj zgromadzonych. aby wyrób ten krajowy w praktyce swéj wspierali.

6) Kol. Bętkowski przedstawia preparat z kiszki grubéj, którą prof. Mikulicz wyciął u chorego cierpiącego na *prolapsus et invaginatio intestini crassi.* Prelegent w dalszym ciągu opisał przebieg téjże operacyi.

7) Kol. Pieniążek opisuje z własnéj praktyki przypadek. W styczniu b. r. zawezwany został do choréj, która od roku cierpi na trudność oddechową z przypadami zaduszenia zagrażającemi jéj życiu. Badanie laryngoskopijne wykazało w głośni zupełnie prawidłowe stosunki; na wysokości jednak chrząstki obrączkowéj światło krtani wypełnione było guzem okrągławym, dość żywo zaczerwienionym. Guz ten wychodził z tylnéj ściany krtani a siedząc na niéj szeroko zdawał się prawie dotykać ścian bocznych i przedniéj, tak że go od nich tylko bruzda zdawała się odgraniczać. Pozostająca zatém dla przejścia powietrza szpara była bardzo wąską, obchodziła jednak guz wspomniany z obu boków i z przodu tak, że blisko $^3/_4$ okręgu koła stanowiła. Pierwszém wskazaniem była tracheotomija. Prelegent wykonał ją przeciąwszy kilka pierwszych pierścieni tchawicy, nie zaś obrączki chrząstki obrączkowéj, a to w tym celu, aby nie skaleczyć guza, którego natury nie znając, mógł sądzić, iż będzie silnie krwawił. W dalszym ciągu zastanawia się prelegent nad naturą guza, wymienia wszelkie w tym kierunku możliwości i za pomocą wykluczenia dochodzi do wniosku, iż miał przed sobą najprawdopodobniéj nowotwór natury dobrotliwéj, t. j. mięsak lub włókniak. Pod względem terapeutycznym miał prelegent do wyboru albo wykonać laryngofisurę, albo operować drogą endolaryngealną, albo przez ranę tracheotomijną i wybrał tę ostatnią drogę, mianowicie zniszczyć guz galwanokauterem przez ranę tracheotomijną. Spód guza łatwo był dostępny przez ranę; u saméj nasady można go było dosięgnąć prawie nie podnosząc narzędzia do góry. Jedynie chcąc dosięgnąć guza na najwyższéj wypukłości jego, łatwo można było zranić zarazem przednią ścianę krtani, ponad raną tracheotomijną. Musiał prelegent uważać, żeby nie sprawić zranienia, któreby okrężnie lub półokrężnie się rozciągało. Z początku samego ocenić można było, że najtrudniéj będzie z górną częścią guza, do któréj od rany tracheotomijnéj droga mogła być zbyt daleka; z góry t. j. endolaryngealnie zaś wypalać prelegent nie mógł z powodu zbytecznéj drażliwości choréj. Posiedzenia powtarzał prelegent mniéj więcéj co tydzień, a do wypalania użył tego samego narzędzia, którego zwykle używa do wypalania resztek polipów. W dalszym ciągu opisuje szczegółowo sposób wypalania i drogę, którą obrał, jakotéż zwraca uwagę na trudności, jakie nasuwały się, gdy dolna częśc guza już była wypaloną, aby tą samą drogą usunąć górną część jego W ten sposób został nowotwór zupełnie zniszczony. Téj metody operowania, o ile prelegentowi wiadomo, w podobnym celu i w podobnych warunkach dotąd nikt nie używał.

Na tém posiedzenie zakończono.

Dr. Henryk Mendelsburg,
sekretarz.

VI. Medycyna sądowa w wiekach średnich.

Skreślił **L. Blumenstok.**

ŹRÓDŁA: Mende: *Ausführl. Handb. d. ger. Medicin.* Leipzig 1819, Tom I. — Oesterlen: *Uiber die früheste Entwickelung der gerichtl. Medicin, Schmidts Jahrb.* 1877, T. 176, str. 166. — Wilda: *Das Strafrecht der Germanen,* Halle 1842. — Ortolan: *Debuts de la médecine légale en Europe, Annales d'hygiène publ.* 1872, T. 38, p. 358—384. — Hechell: Badanie początku i wzrostu medycyny sądowéj. Kraków 1839.— Janovsky: *Die geschichtl. Entwicklung der ger. Medicin, Maschka Handb. d. ger. Med.* I, 1881.

Mało kto zajmuje się historyją szczegółowych gałęzi medycyny; autorowie, którzy uważają za wskazane poprzedzić wykład lub rozprawę poglądem historycznym, zazwyczaj przysięgają na słowa poprzedników, którzy kiedyś część historyczną opracowali, niekiedy nawet nie przytaczając źródła, zkąd czerpali; tym sposobem błąd w dobréj wierze popełniony przez jednego z autorów dawniejszych nie tylko nie ulega sprostowaniu, lecz przeciwnie ciągle na nowo powtarzany staje się niemal pewnikiem. A jednak byłoby rzeczą bardzo pożądaną, aby w chwilach wolnych od żmudnych zajęć powszednich lekarze zaglądali do źródeł historycznych i niektóre pewniki poddawali pod próbę krytyki bezstronnéj; przekonani jesteśmy, że praca ta nie byłaby bezużyteczną.

Że u ludów starożytnych nie znachodzimy żadnych śladów medycyny sądowéj,—na to obecnie wszyscy prawie się zgadzają. Wszakże w szczytnym pomniku, który sobie wzniósł naród, słusznie nazwany żołnierzem-prawnikiem, w zbiorze ustaw Justyniańskich, napróżno się oglądamy za śladem interwencyi lekarzy w sprawach sądowych; wprawdzie Oesterlen mniema, że jeżeli sądownictwo rzymskie obeszło się bez znawców, to przynajmniéj prawodawstwo korzystało z nauk lekarskich, jak to wynika z dokładnych pojęć o chorobie,

charłactwie, ułomności, z rozróżnienia rozmaitych postaci obłąkania, z wzmianki o poczytności i rozrządzalności, — mieszczących się w zbiorze Justynijana; sądzimy atoli, że okoliczności te niczego nie dowodzą więcéj nad to, że prawnicy rzymscy znali te pojęcia, czemu wcale dziwić się nie trzeba, jeżeli zważymy, że już Cicero w rozmowach swoich tuskulańskich *(Tuscul. quaest. libri V)* rozprawia o rozmaitych formach obłąkania, powołując się co do rozrządzalności nawet na ustawę XII tablic („*Si furiosus escit, agnatorum gentiliumque in eo pecuniaque ejus potestas esto*),“ (Lib. III, cap. 5).

Natomiast uchodzi do téj chwili za pewnik, że w średniowiecznych ustawach germańskich, a przedewszystkiém w ustawie Alamannów z 6go wieku po Chr., znachodzimy niezbite dowody, iż w sprawach uszkodzeń cielesnych powoływano lekarzy jako znawców, a tém samém że w tych ustawach spotykamy się z pierwszemi śladami praktyki sądowolekarskiéj. Któż z lekarzy zajmujących się medycyną sądową lub historją medycyny nie przysięga dotychczas na ten fakt historyczny? Nieco inaczéj atoli rzecz nam się przedstawi, jeżeli raz gruntowniéj nad nią się zastanowimy.

Ludy germańskie uważały części ciała swego jako części majątku, którego nadwerężenie lub utratę wypadało nagrodzić grzywną z góry oznaczoną; ocenienie zatém uszkodzenia cielesnego było niejako oszacowaniem straty majątkowéj i ztąd tłumaczy się wczesne powoływanie lekarzy do badania uszkodzeń,—tak twierdzą autorowie. Faktem jest, że w prawodawstwach wszystkich ludów, które się rozsiadły na zwaliskach państwa rzymskiego, spotykamy się z przepisami, dowodzącemi, że miejsce pomocy własnéj i zemsty krwawéj zajęła zasada pokutowania za czyny nieprawne; aby zaś pokuta („*bôtjan, emenda*“) była odpowiednią doniosłości wykroczenia, należało sprawdzać przedmiotową istotę czynu nieprawnego; tu nasunąć się powinna była myśl, że jeżeli czynem nieprawnym było uszkodzenie zadane drugiemu, do sprawdzenia tego czynu najkompetentniejszym będzie lekarz, że więc lekarza powołać należy do ocenienia szkody. Przypatrzmy się więc, jak ludy germańskie wywiązały się z zadania swego.

Z prawodawstw ich najdawniejszą jest ustawa salijska, bo pochodząca z 5go wieku po Chr.; w ustawie téj znachodzą się przepisy o karze za uszkodzenie głowy, o grzywnie i zwrocie kosztów leczenia *(medicatura)*. O wiele ważniejszą atoli dla nas jest rzeczywiście ustawa Alamannów, albowiem w niéj po raz pierwszy spotykamy się ze wzmianką o świadectwie lekarza w dochodzeniu uszkodzeń cielesnych: „*Si autem ipsum ossum*[1]) *perdit medicus, et non po-* „*test eum praesentare (scil. judici), tunc duos testes adhibeat,* „*qui hoc vidissent, quod de illa plaga ossus tulisset, aut ille* „*medicus hoc conprobet, quod verum fuisset, quod* „*de ipsa plaga ossus tulisset. Si autem testa transcapulata*[2]) „*fuerit, ita ut cervella*[3]) *appareat, et medicus cum pinna*[4]) „*aut cum fanone*[5]) *cervella tetigit, cum duodecim solidis com-* „*ponat. Si autem ex ipsa plaga cervella exierint, sicut solet* „*contingere, ut medicus cum medicamento aut sirico*[6]) *stupa-* „*vit*[7]) *et postea sanavit, et hoc probatum fuerit, quod verum* „*sit, cum quadraginta solidis componet.*“ (*Lex Alamann. H. Lothari* LIX. 5—7). — Podobny przepis znajdujemy także w ustawie górno-szwedzkiéj, t. zw. uplandzkiéj, prastaréj, pomimo że dopiero w r. 1296 przez króla szwedzkiego potwierdzoną została: „*Wird ein Knochen aus der Wunde* „*genommen, da komme der Arzt mit seinem allei-* „*nigen Eid dieses zu bezeugen bis zu sieben Knochen.* „*Eine Unze Volksgeld für jeden Knochen. Jedes für sich (soll* „*gebüsst werden) Knochenlösung und Wunde.*“ Upl. M. XXIV, §. 2. i. f. Wilda l. c. str. 744. — „*Si quis alteri vulnera fecerit, procurabit ei legitimam curationem et offert ei tres legitimos chirurgos. Ille est legitimus peritus chirurgus, qui curavit et sanavit ferro inflictum vulnus, ostifragium in vulnere, vulnus in cute, abscissum membrum, duplex vulnus, per pectus et tergum inflictum. Qui talem chirurgum vulnerato dare potest, liber sit a legitima mulcta actori.*“—Mende l. c. str. 93). Jeżeli tym ustępom bliżéj się przypatrzymy, wtedy mylném się okaże zdanie dosyć rozpowszechnione, jakoby ustawa wzywała już znawców lekarskich, że więc początki praktyki sądowolekarskiéj od niéj się datują. Nie ma bowiem w nich mowy o wzywaniu lekarzy lub chirurgów jako znawców sądowych, lecz jest mowa o świadkach, przyczém atoli lekarzom przyznano w sprawach uszkodzeń cielesnych znaczenie większe, o ile świadectwo jednego lekarza waży tyle, co zeznanie dwóch świadków nielekarzy. Jeszcze dobitniéj zasada ta wypowiedzianą została w przytoczonym ustępie prawa uplandzkiego: podczas gdy w innych ustępach w miarę doniosłości obrażenia żąda się przysięgi jednego, trzech lub sześciu mężczyzn, wystarcza jedyna przysięga, jeżeli świadkiem jest lekarz. Za tém zdaniem przemawia i ta ważna okoliczność, że i w przypadkach śmierci gwałtownéj nawet w późniejszych ustawach niemieckich, jak w Zwierciadle saskiém i w ustawie normandzkiéj (z wieku 13go) żądano tylko oglądania trupa przez sędziego. („*Wenn ein Getödter begraben wird, ehe er besichtiget ist, kann keine Folge aus der That genommen werden, wenn er nicht dem Richter vor dem Begräbniss gezeigt worden*“ Mende l. c. str. 92). Myli się więc tenże autor, jeżeli z okoliczności, że w ustawie salijskiéj jest mowa o zwrocie kosztów leczenia *(medicatura)*, wysnuwa wniosek, że lekarzy lub chirurgów wzywano do ocenienia przypadków sądowych. Wszakże i w ustawie Mojżeszowéj wyraźna jest wzmianka o zwrocie kosztów łożonych na lekarzy, a nikt zapewne nie twierdzi, że to przemawia za wzywaniem znawców.

Nie możemy jednak rozstać się z średniowiecznemi ustawami niemieckiemi nie oddawszy im słuszności, że jakkolwiek interwencyi lekarskiéj jeszcze nie wymagają, przecież coraz częściéj wspominają o lekarzach i czując niejako brak téj interwencyi starają się ówczesną wiedzę lekarską wcielić niejako do ustaw i tym sposobem ułatwić sędziemu trudne zadanie. Czytając poszczególne ustępy owych ustaw, odnoszące się zwłaszcza do uszkodzeń cielesnych, wynosimy wrażenie, jakoby ówczesne pojęcia prawne zespoliły się z lekarskiemi, tak jakby ustawy ułożone zostały przez prawników wspólnie z lekarzami; widocznie istniała potrzeba korzystania z wiedzy lekarskiéj śród spisywania ustaw, ceniono nawet wysoko świadectwo lekarza w postępowaniu sądowém, nie uczyniono jednak kroku jeszcze jednego naprzód, to jest, nie wypowiedziano zasady wzywania znawców lekarskich. Z krokiem tym ustawodawstwo niemieckie ociągało się aż do 16go wieku i dało się tymczasem wyprzedzić innym krajom. Dziwić się temu opóźnieniu tém bardziéj na-

[1]) *Ossus=os*, kość. [2]) Wyraz *transcapulare*, oznacza tu widocznie: przebić, przedziurawić. [3]) *Cervella=cerebellum*, mózgowie. [4]) *Pinna*, pióro. [5]) *Fano*, narzędzie chirurgiczne. [6]) *Siricum=sericum*, jedwab [7]) *Stupare=obstruere*, zamknąć.

leży, jeżeli, jak widzieliśmy, jedna z najdawniejszych ustaw germańskich sili się na definicyję „lekarza kompetentnego" (*legitimus peritus chirurgus*), jeżeli prawie wszystkie ustawy podają klasyfikacyję uszkodzeń cielesnych, całkiem chirurgiczną, co stałoby się było zbytecznem, gdyby w praktyce sądowéj zechciały się posługiwać pomocą znawców lekarskich. Uszkodzenia cielesne dzieliły na rany *(vulnera, sâr)*, stłuczenia *(percussiones, drep)* i ochromienia czyli porażenia (*mancationes, afthögg*). Definicyja rany opiewała: „*Das ist Wunde, wo Spitze oder Schneide eingedrungen ist*" (Ustawa islandzka Graugans v. Gragans zwana z r. 1117, c. 78, II), a uzupełnienie téj definicyi mieści się w innym ustępie (c. 6) téjże ustawy: „*Das ist Wunde, wenn es da blutet, wo die Verletzung geschah; den wenngleich jemand einen Mann so zwischen die Schultern oder auf die Nase schlägt, dass Blut aus Mund oder Nase rinnt, so ist das doch keine Wunde, wenn es nicht aus der Verletzung selbst blutete.*" W przeciwieństwie do ran rozumiano przez stłuczenie każde obrażenie, wywołane, że użyjemy wyrażenia u naszego ludu wiejskiego dotąd jeszcze utrzymującego się, „suchemi razami." „*Wird jemand geschlagen mit trockenen Schlägen, so das es sichtliche Schläge sind, etc.*" (Ustawa gotlandzka Gutalagh z 11go wieku XIX §. 8). Stłuczeniem więc było każde widoczne obrażenie, wywołane narzędziem tępém, a nie połączone z krwawieniem. Jak dalece zaś ustawy ówczesne widziały się zmuszonemi zastąpić brak znawców lekarskich w dochodzeniach sądowych, wynika z kazuistycznego wyliczenia stłuczyn, mieszczącego się w ustawie Graugans (c. 10, II): „*Das heisst auch Schlag, wenn ein Mann den andern schlägt mit dem Stiel des Streithammers oder irgend einem Werkzeug, das er führt. Gleichfalls ist es Schlag, wenn ein Mann nach einem stösst oder wirft, wenn es nur trifft. — Schläge sind es auch, wenn ein Mann den andern mit dem Fuss tritt oder der Faust schlägt. Schläge sind es auch, wenn ein Mann ein Werkzeug von einem andern zu sich reisst, wissend, dass es gegen ihn selbst zurückfahren muss, wenn er es los lässt. Auch sind es Schläge, wenn ein Mann etwas auf einen andern fallen macht, so dass er davon getroffen wird.*" Stłuczenia w ogóle uchodziły za uszkodzenia mniéj znaczne aniżeli zranienia; wyjątek atoli stanowiły stłuczenia połączone ze złamaniem kości, które poczytywano za równe wielkim ranom, pomimo, że nie było krwawienia (Gragans c. 7).— Przez ochromienie rozumiano przedewszystkiém utratę lub zniszczenie części lub przyrządu ciała, („*Si quis alteri manum aut pedem truncaverit, vel oculum effoderit aut auriculum vel nasum amputaverit....*" *Lex Salica* XXX §. 1), ale także utratę funkcyi członka lub zmysłu. Są to więc następstwa stałe, o których mowa w kodeksach nowoczesnych, i nic dziwnego, że ochromienia uważano dawniéj za uszkodzenia najważniejsze. (C. d. n.)

Z wystawy higijenicznéj w Berlinie.

Berlin 1 Października 1883.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 45).

Grupa dwunasta poświęcona szpitalom zamyka dział drugi. Bardzo liczne modele i plany szpitali wszelkiego rodzaju przedstawiają obfity materyjał do badań i dozwalają zrobić sobie pojęcie o dzisiejszym stanie urządzeń szpitalnych w Niemczech. W ostatnich czasach wzniesiono w Niemczech wiele nowych szpitali, w samym Berlinie pięć: szpital barakowy na Moabicie, szpital miejski w Friedrichshain, szpital wojskowy na Tempelhof, klinikę chirurgiczną i klinikę położniczą. Na modelach i szczegółowych planach tych zakładów można spostrzedz, iż we wszystkich uwzględniono przy budowie nowsze zapatrywania. — Wszystkie są zbudowane według systemu pawilonowego, jako najhigijeniczniejszego, budynki są co najwyżéj jednopiętrowe, wszystkie posiadają pawilony do odosobnienia chorych dotkniętych chorobami zaraźliwemi i to pawilony zazwyczaj bezpiętrowe, wentylowane przez dach, machiny parowe oddają w nich liczne usługi, para bowiem znajduje zastósowanie przy odwietrzaniu, przewietrzaniu, ogrzewaniu, w kuchni i pralni. Od tych szpitali odbija słynny szpital Charité, słynny nie urządzeniem ale pracami, jakich dokonali czynni w nim uczeni profesorowie. Szpital ten był do niedawna zbiorem wszelkich klinik a dziś znacznéj ich części i li dla tego zasługuje na uwagę zwiedzających Berlin. Co do budynków jest to zbiór budowli różnych epok i postaci, żadnego więc w nich nie ma systemu a mimo to administracyja jego była i jest wzorowa pod kierunkiem Essego, znanego w literaturze przez swe dzieło o szpitalach, w którém przeważnie omawia administracyję tychże. Pod względem historycznym warto wspomnieć, iż był to pierwszy szpital w Niemczech, w którym zaczęto w ogrodzie stawiać baraki i namioty dla chorych w r. 1868.

W czasie wojny prusko francuskiéj wzniesiono na Tempelhof baraki dla rannych. Miały to być prowizoryczne budowle, ale gdy okazały się dobremi, pozostawiono je i liczbę ich zwiększono tak, iż szpital pierwotnie przeznaczony na pomieszczenie 480 rannych ma dziś 720 łóżek.

Oba szpitale miejski w Friedrichshain i wojskowy na Tempelhof są odlegle od miasta, odpowiadają wszelkim wymogom pod względem higijenicznym, pawilony stoją wśród rozległych parków. Sale ich obszerne, tak iż na każde łóżko przypada 57 metrów powierzchni, są mimo to energicznie przewietrzane, ilość świeżego powietrza, jaka się w ciągu godziny dostaje do sal, odpowiada 75 m. sz. na chorego.

Tak klinika ginekologiczna jak i chirurgiczna leżą w środku miasta nad Spreą, zbudowane w ostatnich latach (1880—1881), z uwzględnieniem wszelkich postępów. Zbudowane są z cegieł, podłogi w salach z cementu a dach z tak zwanego Holzcementu. Klinika położnicza posiada 4 oddziały po 8 łóżek i jeden oddział dla ciężko chorych. Aby zapobiedz możliwemu przeniesieniu chorób, spusty bielizny znajdują się w każdéj sali. Korytarze oświetlone światłem elektrycznem, komunikacyja telefonowa itd. Klinika ginekologiczna składa się z małych pokoików, z których przeznaczone dla ciężéj chorych znajdują się na drugiém piętrze, aby wentylacyja była łatwiejszą i energiczniejszą. W zakładzie tym zasługuje jeszcze na uwagę przyrząd do odwietrzania, w którym przedmioty mające uledz odwietrzeniu wystawione bywają najpierw na działanie gorąca suchego a następnie pary wodnéj, przez co skutek jest pewniejszy niż gdy tylko jeden z tych czynników działa. Liczne także plany szpitali po innych miastach znajdują się na wystawie, szczególniéj plany zakładów dla obłąkanych, między któremi zasługuje na uwagę zakład w Daldorf pod Berlinem na 1.020 chorych i prywatny zakład dla dotkniętych chorobami nerwowemi, Dra Kahlbauma w Görlitz. Ostatni wystawił téż okazy niektórych szczegółowych urządzeń jakie się w jego zakładzie znajdują, jak zamki bezpieczeństwa, drzwi bezpieczeństwa i takież okna, które nie nadając pokoikom dla obłą-

kanych pozoru więzienia uniemożliwiają wszelkie usiłowanie samobójstwa. Cel ten osiąga się w zakładzie Kahlbauma przez unikanie wszelkiego wysterczania klamek, zasów, haków, na którychby można zawiesić sznury, wprowadzenie okien o szybach na cal grubych, które zastępują kraty itd.

Pod gołém niebem wystawiono wiele osobno stojących baraków i namiotów na pomieszczenie chorych z płótna nieprzemakalnego. Urządzenie ich wewnętrzne proste, dogodne, i tanie nie pozostawia nic do życzenia.

Do téj grupy zaliczono téż zakłady dla kalek, rekonwalescentów, przytułki dla dzieci, żłóbki itd. Liczba wystawionych zakładów nie odpowiada wielkiemu ich znaczeniu, nie ma téż pośród nich nic wyszczególniającego się.

Dział trzeci obejmujący grupy od 13—20 poświęcony jest służbie zdrowia w ogóle (higijena ogólna, medycyna wojskowa, udzielanie pomocy na razie w nagłych przypadkach, zapobieganie chorobom nagminnym, obchodzenie się ze zmarłymi, higijena weterynarska itd).

Grupa trzynasta nosząca tytuł: „higijena w ogólności“ nie zawiera nic innego jak zbiór książek, broszur i wydawnictw dotyczących policyi lekarskiéj, higijeny, statystyki i działalności towarzystw higijenicznych. Firmy księgarskie Enkego w Stuttgardzie i Hirschwalda w Berlinie, znane z ruchliwości na polu wydawnictw lekarskich wystąpiły z licznemi okazami swéj działalności. Katalog, o którym już była wzmianka, daje świadectwo o obfitości tego działu nienadającego się do sprawozdania. Wspomnieć tylko wypada, że sanitarna karta Bukowiny wydana przed kilku laty przez Dr. Denarowskiego w Czerniowcach, zwracając uwagę na siebie cieszy się uznaniem, na jakie istotnie zasługuje.

Grupa czternasta zawiera przedmioty najżywotniejszego znaczenia dotyczące ochrony od chorób nagminnych, zapobieżenia zakażeniu miejsc pobytu i ludzi przez przedmioty i ludzi, którzy się stykali z chorobami zaraźliwemi, krótko mówiąc dotyczące odwietrzenia i szczepienia ochronnego.

Co się tyczy pierwszego to na wystawie spotykamy obok przyrządów, w których odwietrzanie odbywa się przy pomocy gorąca wysokiego stopnia także i takie, w których stósuje się do zniszczenia zarodków chorobotwórczych przeciwgnilne środki chemiczne a w końcu i nowe środki do odwietrzania.

Co do sposobu odwietrzania nie wystawiono nic uwagi godnego, jakkolwiek liczne przyrządy rozrzucone są w rozmaitych grupach, dla tego trudno wyrobić sobie dokładny sąd. Przeważają przyrządy do odwietrzania przy pomocy gorącéj pary, wystawione przez szpitale różnych miast.

Dr. Petruschky z Królewca wystawił piękny model zakładu do odwietrzania urządzonego według jego wskazówek, a który okazał się bardzo praktycznym. Zakład ten zawiera nie tylko różne pracownie do badań nad naukową stroną sprawy odwietrzania ale także przestrzenie, w których suknie, pościel itd. oczyszczane bywają z przyrzutów chorobotwórczych. Prócz tych także oddział, w którym takie osoby, które się z choremi zetknęły, odwietrzeniu ulegają. — Są to pokoje napełnione wyziewami istot przeciwgnilnych i zaopatrzone przyrządami do kąpieli i tuszów. Pomiędzy środkami chemicznemi do odwietrzania używanemi przeważają przetwory torfowe (*Torfmüllpraeparate*), które też w ostatnich czasach i w chirurgii cenne oddają usługi. Obok nich wypada wspomnieć o odwietrzaniu za pomocą bromu i stałych mas porowatych z ziemi zwanéj Kieselguhr, które Dr. Frank tak zaleca. Węgierskie Ministerstwo spraw wewnętrznych wystawiło piec do odwietrzania listów, systemu Dra Thana, który wydaje się być bardzo polecenia godnym.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Ω. Dr. Domingo Freire, który odkrył *Cryptococcus xanthogenicus*, jak wiadomo, sprawcę i szerzyciela niszczącéj choroby, jaką jest gorączka gnilna, podaje obecnie drugie sprawozdanie ze swoich poszukiwań. W wymiocinach czarnych, od których żółtą febrą zwią także *vomito-negro*, wykrył Freire zasadę organiczną. Alkaloid ten jest płynem oleistym woni aromatycznéj, przenikliwéj, rozpuszczalny w wyskoku i eterze, z wodą tworzy zawiesinę opalizującą. Oddziaływanie téj cieczy jest silnie alkaliczne. Za ogrzaniem z ługiem potasowym wywiązują się obficie pary amoniaku.

Dr. Freire uważa ten alkaloid za wytwór *Cryptococcus xanthogenicus*. Dotąd jednak Freire nie może powiedzieć, że alkaloid ten jest bezpośrednią przyczyną, wywołującą zbiór objawów chorobowych, określonych nazwą gorączki żółtej, czy też jest on dla ustroju obojętném ciałem. Co się tyczy samych grzybków wspomnianych, to F. wypuścił z serca osoby przed godziną zmarłéj, kilka gramów krwi i poddał ją badaniu. Drobnowid przedstawił w niéj *Cryptococcus xanthogenicus* w różnych okresach rozwoju, od wielkości punktu czarnego aż do wielkości komórki z wyraźném jąderkiem („punktem błyszczącym w środku“). Jeden gram tej krwi zastrzyknięto przy zachowaniu wszystkich potrzebnych ostrożności, królikowi do żyły. W 15 minut nastąpiły kurcze tężcowe, a wkrótce zwierzę żyć przestało. Sekcyja wykazała przekrwienie błony śluzowéj jelit, analogiczne zmianom takim u zmarłych z febry żółtéj, we krwi zaś znaczną ilość mikrokoków takich, jakie się znajdowały we krwi zastrzykniętéj. Aby dalej skontrolować powyższe doświadczenie zastrzyknięto z krwi téj królika znów gram śwince morskiéj, tym razem pod skórę. Zwierzę podobnież zginęło w parę godzin. I tutaj Freire z asystentem swoim Meneres-Dorisem stwierdził w krwi obecność w znacznéj ilości *Cryptoccus xanthogenicus*, a w narządach zmiany jak w febrze żółtéj. Autorowie sądzą, że w tym przypadku śmierć zwierzęcia nastąpiła niewątpliwie skutkiem przeszczepienia *Cryptoccus xanthogenicus*. Mimo to jednak zastrzyknięto znów gram krwi z téj świnki trzeciemu zwierzęciu. I to zwierzę wkrótce zginęło, pośród tych samych objawów, a w krwi znów był *Cryptoccus xanthogenicus*. Pracę swoją kończy Freire słowami: „Niewątpliwém jest, że febra żółta przenosi się z osobnika na osobnik przez zarażenie, że jest ona z początku chorobą zaraźliwą, mogącą się stać epidemiczną, skoro się znajduje znaczniejsza ilość ognisk zakażenia. Również niewątpliwém jest, że siedliskiem choroby nie jest jeden narząd, lecz krew sama“ Dalej zaleca Freire jako konieczny środek zapobieżenia szerzeniu się téj złośliwéj epidemii palenie zwłok. („*V. Z*“).

(γ) Wystawa higijeniczna dała pochop do powstania nowego pisma higijenicznego, albowiem z d. 15 b. m. rozpoczyna wychodzić: *Deutsches Wochenblatt für Gesundheitspflege und Rettungswesen*. Zadaniem tego pisma ma być gromadzenie wiadomości odnoszących się do całego zakresu przedmiotów, jakie obejmowała Wystawa higijeniczna. Nazwisko redaktora Dra Pawła Boernera dobrze zasłużonego na polu higijeny i wydawnictw lekarskich stanowi rękojmię, że nowe to czasopismo odpowiadając swemu zadaniu, stanie się ogniskiem zaznaczającém wszelkie postępy na polu higijeny, którego dotąd w literaturze niemieckiéj brakowało.

Ω. Pruskie ministerstwo wojny poleciło wszystkim szpitalom wojskowym zaopatrzenie się w mikroskopy i inne przyrządy do badania bakteryj, szczególniej gruźliczych. U nas nie pomyślano jeszcze w tym względzie nawet o wielu instytutach naukowych lekarskich.

Ω. Z polecenia pruskiego ministra oświaty odbywano w czasach ostatnich po gimnazyjach i innych szkołach Berlina badanie nad własnościami powietrza w klasach. Badanie wykazało, że skutkiem niedostatecznego przewietrzania ilość kwasu węglowego zwiększała się w izbach szkolnych w czasie lekcyi tak dalece, że wynosiła cztery do ośm razy więcéj, aniżeli powszechnie przy-

jęto za ostateczną ilość, zdrowiu nieszkodzącą. Skutkiem tego władze szkolne poleciły zarządzenie jak najspieszniejsze, aby za pomocą odpowiednió urządzonéj wentylacyi zapobiedz temu tak szkodliwemu gromadzeniu się kwasu węglowego. Jakżeż potrzebném byłoby podobne dochodzenie w szkołach naszych!

Ω. W czasie epidemii płonicy w Kizingen zrobił Dr. Roth ciekawe spostrzeżenie. W pewnym domu zachorowało naraz kilkoro dzieci na szkarlatynę połączoną z dyfteryją. W czasie łuszczenia z pokojów, gdzie chorzy leżeli, wraz ze złuszczonym przyskórkiem wyrzucano śmieci na kupę nawozu, znajdującego się w podwórzu tego domu. Gnój ten był ulubioném miejscem dla kur, które go rozgrzebywały i wyszukiwały w nim jeszcze różnych dla siebie przysmaczków. W kilka dni po wyrzuceniu łusek z chorych szkarlatynowych spostrzeżono, że kury zaczynają chorować. Powieki i błona spojówkowa, błona śluzowa nosa i ust obrzmiewały, następnie pokrywały się masą serowatą, trudno dającą się oddzielić, a pacyjentki szybko chudły i ginęły. 44,4% kur uległo téj chorobie. Skoro nawóz wywieziono, a śmietnik poddano desinfekcyi zaraza ustała. (*Aerztl. Int. Bl.*)

Ω. Komisyja niemiecka, wysłana dla poszukiwań nad cholery, nie uda się, jak poprzednio donoszono, do Bombayu, lecz do Kalkuty, gdzie według informacyj zasięgniętych przez Dra Kocha, o wiele łatwiéj będzie można robić zamierzone poszukiwania.

Ω. Sąd karny w Kolonii rozstrzygał w dniu 31 października ciekawą sprawę. Przed kratkami stawali małżonkowie Bertramowie, właściciele sklepu korzennego, oskarżeni o przyprawianie towarów w sposób obrzydliwy i zdrowiu szkodliwy. Mianowicie śledztwo wykazało, że oskarżeni dla skruszenia mięsa moczyli sztokfisze w moczu ludzkim, a następnie w wodzie opłukane sprzedawali. Sprawa ta wykryła się skutkiem doniesienia służącéj. Po dokonaniu rewizyi poddano zabrane stokfisze badaniu. Chemik Ryll i radca sanitarny Jakobs wykryli w nich kwas moczowy, jako niezawodnie pochodzący z moczu. Oskarżonych zasądzono na 2 miesiące więzienia.

Ω Na posiedzeniu ostatniém paryskiego Towarzystwa lekarzy szpitalnych oświadczył Martinau, że małpa, u któréj w dniu 15 listopada r. z. zaszczepił kiłę, okazuje dopiero teraz wybitne zmiany kiły wtórorzędnéj, znamionujące się szczególniéj występowaniem kły-kcin sączących.

Ω Dzienniki paryskie opisują ciekawe zdarzenie. W Faubourg Montmartre osiedlił się przed niedawnym czasem „lekarz cudowny“ z nazwiskiem cudzoziemskiém. Dostęp do owego lekarza był ogromnie utrudnionym. W ogóle lekarz ów cudowny otaczał się gęstą, niezbadaną tajemniczością. Ciekawość wabiła tłumy ludzi przed jego dom, a salony ordynacyjne były zapełnione chorymi, cudownéj pomocy szukającymi od rana do nocy. Policyja jednak nieobojętném okiem patrzała na rozwój klijenteli przybysza. Jednego dnia zjawił się w jego pokoju ordynacyjnym komisarz policyi i zażądał dyplomu. Jakież jednak było jego zdziwienie, gdy ów cudowny lekarz z największym spokojem wylegitymował się z prawnego posiadania nietylko dyplomu lekarskiego ale i doktorskiego, otrzymanego na jednym z Uniwersytetów prowincyjonalnych Francyi. Uniewinniającego się i zawstydzonego komisarza prosił ów doktór, aby tylko nikomu nie wspominał, że on jest istotnie dyplomowanym lekarzem, boby go tym sposobem przyprawił o utratę całéj klijenteli, w sposób tak oryginalny, ale tak praktycznéj nabyty.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 28 października do 3 listopada umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 31,6. Z ospy umarło 2 (1 z. t.); z odry 1 1 (0 z. t.); z płonicy 2 (2 z. t.); z błonicy 4 (2 z. t.); z krztuśca 1 (0 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.); z gorączki połogowéj 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach ospy, 17 odry, 2 płonicy, 3 błonicy, 1 krztuśca, 2 duru brzusznego, 2 czerwonki. W tygodniu od 21—27 października umarło w Londynie 2 z ospy, leczyło się w szpitalach 57, świeżo zapadło 10. W Brukseli umarło z ospy 4, w Paryżu 5, w Murcyi i Nowym Orleanie po 6, w Pradze 17, w Madrasie 26, w Rio de Janeiro 124. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu, Warszawie i Murcyi po 2, w Walencyi 3, w Madrasie 7. W Rio de Janeiro umarło od 16—30 września 6 z febry żółtéj. Płonica panuje wraz z błonicą w Berlinie.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 21—27 października umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 37,6; w Poznaniu 21,4; w Warszawie 29,3; w Wiedniu 22,7; w Budapeszcie 21,6; w Pradze 30,7; w Berlinie 23,4; w Hamburgu 21,0; w Gdańsku 20,9; w Mnichowie 27,3; w Dreźnie 23,6; w Lipsku 25,3; w Bazylei 15,1; w Brukseli 20,3; w Amsterdamie 24,6; w Hadze 21,5; w Paryżu 21,9; w Londynie 19,1; w Kopenhadze 16,3; w Stokholmie 23,5; w Chrystyjanii 15,8; w Petersburgu 25,0; w Odesie 35,2; w Rzymie 25,1; w Wenecyi 21,2; w Bukareszcie 26,8; w Madrycie 30,9; w Lizbonie 24,5, w Aleksandryi 34,8; w Nowym Jorku 23,3; w Filadelfii 19,6; w Rio de Janeiro 54,8, w Madrasie 41,0.

J. B.

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 15 listopada. Wydział gospodarczy IV Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu donosi nam, że rady zarządzające drogami żelaznemi warszawsko-wiedeńską i warszawsko-bydgoską postanowiły opłatę przewozową od osób, udających się na czwarty Zjazd lekarzy i przyrodników, obniżyć o 50%. Wydział gospodarczy zaopatrzy swego czasu osoby mające prawo korzystania z taryfy obniżonéj w odpowiednią legitymacyję, która właściwéj kasie stacyjnéj w obu kierunkach będzie musiała być przedłożoną.

Przy téj sposobności przypominamy szan. Czytelnikom odezwę tegoż Wydziału, ogłoszoną w Nrze przeszłym i zwracamy ich uwagę na potrzebę wczesnego zgłoszenia się z rozprawami lub wykładami, jak to miało miejsce przed Zjazdami poprzedniemi. Przypominamy następnie, iż Wydział gospodarczy odroczył termin Zjazdu na wyraźne żądanie kolegów, praktykujących w Królestwie i w Galicyi, że więc jest naszym moralnym obowiązkiem postarać się, aby Zjazd IV stanął godnie obok swoich poprzedników. Nie odkładajmy wszystkiego do ostatniéj chwili, bo wtedy będzie za późno; do powodzenia potrzeba nietylko wielkiéj liczby uczestników, ale i sporéj ilości wykładów i odczytów, które należy przygotować zawczasu. Tuszymy sobie, że przypomnienzeie nas nie będzie głosem wołającego na puszczy!

* Dzięki gorliwym zabiegom protomedyka Biesiadeckiego, który od lat kilku nie szczędzi w tym kierunku czasu i pracy, Towarzystwo lekarzy galicyjskich posiada już cenny zbiór dzieł lekarskich, który ciągle wzbogaca się darami kolegów. Niedawno temu wdowa po śp. Drze Krydzie w Szczawnicy ofiarowała temuż Towarzystwu biblijotekę męża swego i otrzymała od niego serdeczne podziękowanie za dar ten znakomity. Chwalebne usiłowania protomedyka zasługują témbardziéj na poparcie powszechne, o ile Lwów nie posiada ani Wydziału lekarskiego, ani Akademii Umiejętności, lekarze więc stolicy sami starać się muszą o zaspokojenie potrzeb swych naukowych, niemając do dyspozycyi zbiorów specyjalnych, które u nas np. każdy naukowo pracować chcący znajdzie w zbiorach poszczególnych zakładów uniwersyteckich. Nie każdego atoli lekarza stać na zbieranie książek drogich i szybko na wartości tracących; z drugiéj zaś strony smutno pomyśleć, co stanie się z biblijoteką obfitą i za drogie pieniądze przez długie lata starannie zbieraną, jeżeli posiadacz jéj umiera. Zazwyczaj zbiory takie przechodzą w ręce antykwaryjuszów za bezcen, lub wywożone zostają za granicę, tak że spadkobiercom ani setna część kosztów łożonych na te książki nie wraca się, ani téż w kraju nikt z nich nie ma pożytku. Czyż więc nie jest bardzo wskazaną rzeczą, aby zbiory takie przeszły w posiadanie Towarzystwa, które przechowa je na wieczne czasy ku pożytkowi lekarzy krajowych, i tym sposobem nie idąc w rosypkę na wszystkie strony świata, lecz pozostając razem i w ojczyznie dawnych właścicieli służyły i po ich śmierci na ten sam cel, na który pierwotnie służyły? Nadto wielu kolegów posiada w zbiorach swoich książki mające tylko wartość historyczną i biblijoteczną; książki takie już za życia właścicieli bez ich szkody mogłyby być ozdobą księgozbioru Towarzystwa, podczas gdy dla właściciela prywatnego są bardziéj zawadą aniżeli pożytkiem. Wreszcie w nowszych czasach przyjął się powszechnie zwyczaj, że lekarze ogłaszający rozprawy w czasopismach peryjodycznych otrzymują osobne odbitki; gdyby więc każdy lekarz polski zechciał odbitki prac swoich poświęcać Towarzystwu lekarzy galicyjskich, wtedy bez żadnéj ofiary ze swéj strony przyczyniłby się znacznie do wzrostu biblijoteki lekarskiéj, o któréj mowa.

Namiestnictwo zezwoliło, aby zbiór ten mieścił się tymczasem w biórach p. protomedyka w gmachu rządowym; koledzy więc, którzy poczuwają się do obowiązku popierania usiłowań Towarzystwa lekarzy galicyjskich koło utworzenia pokaźnéj biblijoteki lekarskiéj we Lwowie, zechcą przesyłki swe adresować wprost do bióra p. protomedyka w Namiestnictwie.

* **Wiedeń**. Na posiedzeniu Tow. lekarskiego z d. 9 bm. prof. Adamkiewicz z Krakowa miał wykład o ucisku mózgowym.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Bonn** Docent prywatny Dr. Fuchs mianowany został prof. nadzw. — **Gietynga**. Docent prywatny Dr. Deutschmann mianowany prof. nadzw. — **Genewa**. Docenci Sentger i Reverdin mianowani proff. nadzw.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 45: Misiewicza: Rozpoznawanie i leczenie zapaleń cewki męskiéj i pęcherza moczowego (c. d.); W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 45: Malinowskiego: Błonica żołądka i wrzód żołądka okrągły przewlekły u dziewczynki 10-letniéj; Dunina: O zapobieganiu i leczeniu suchot płucnych z punktu widzenia teoryi pasorzytniczéj (c. d.). —

Redakcyja otrzymała:

HIRSCH u. WERNICH: Biographisches Lexicon der hervorragenden Aerzte aller Zeiten und Völker, Wien u. Leipzig, Urban u. Schwarzenberg 1881, in 8vo, zeszyt 1 i 2 (arkusz 1—10).

Dr. W. JAWORSKI: Versuche über die relative Resorption der Mittelsalze im menschlichen Magen. (Osobne odbicie z *Zeitschrift f. Biologie*) in 8vo str, 48 z tablicą.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 21go bm. o godz. 6éj w sali Akademii Umiejętn. posiedzenie zwyczajne, na którém po załatwieniu spraw administracyjnych kol. Schramm mówić będzie o laparotomii w przypadkach niedrożności jelit.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

Odezwą z d. 30 Października rb. do l. 49.737, zawiadomił Wydział krajowy tutejszy Wydział lekarski, że Wys. Sejm ustanowil stypendyjum w kwocie 500 zła. rocznie, celem umożliwienia studyjów w szkole operacyjnéj w Uniwersytecie krakowskim.

W celu udzielenia tego stypendyjum na dwa lata rozpisuje się niniejszém konkurs.

Panowie Drowie wszech nauk lekarskich chcący się ubiegać o to stypendyjum mają swe podania wnieść najdaléj do d. 26 bm. na ręce podpisanego, a d. 28 bm. o godz. 12 w południe zgłosić się w Klinice chirurgicznéj u WP. Prof. Dra Mikulicza celem złożenia egzaminu wstępnego.

Kraków d. 13 Listopada 1883.

Piotrowski
t. r. Dziekan Wydz. lek.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie	w **Austryi** 8 złr. 80 c.	w **Król. Polskiém i Ces. Ros.** 6 rsr.	w **Niemczech** 16 mk.	we **Francyi** 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1¼ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 24 listopada 1883. № 47. Rok XXII.

I. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

Przyczynek do nauki o samoistném znużeniu serca.
(Znaczny przerost serca, rozległa zakrzepica żylna).

Skreślił Dr. Alfred Wolfram.

Przerost serca na tle zboczeń czynnościowych nie zdołał sobie dotąd wyjednać powszechnego uznania. Zapatrywania poszczególnych autorów są pod tym względem bardzo rozmaite, niekiedy wręcz sprzeczne z sobą, a przypadki, które dotychczas ku udowodnieniu samodzielnego przerostu serca przytaczano w literaturze, nie wszystkie tak są wolne od zarzutu, aby na podstawie ich stanowcze wyprowadzać można wnioski. I tak nie zawsze rozpoznanie za życia uczynione można było stwierdzać na stole sekcyjnym, a przypady kliniczne często bardzo niejasne i niepewne, same przez się nie mogą przecież uprawniać do stanowczego orzeczenia w kwestyi, już ze stanowiska teoretycznego tak wątpliwéj, jak nią jest samoistne rozszerzenie i przerost serca. Ale i przypadki ze zejściem śmiertelném, w których przy badaniu makroskopowém żadnéj anatomicznéj podstawy dla przerostu serca odszukać nie można, wtedy tylko mieć będą dodatną wartość, gdy i jak najdokładniejsze drobnowidowe badanie mięśnia sercowego ujemne da wyniki. W wielu razach badania tego zupełnie zaniedbano, w innych może niezbyt dokładnie przeprowadzono, tak że delikatniejsze zmiany anatomiczne łatwo mogły być przeoczone, którémi jednak nieraz przerost serca dostatecznie dałoby się wytłumaczyć. Pojąć to têm łatwiéj, gdy się zważy, że nasilenie i różnorodność przypadów klinicznych niekoniecznie pozostawać musi w stosunku prostym do rozległości zmian anatomicznych, ale w znacznéj części zależy także od ich umiejscowienia. Wiadomo przecież, że niekiedy już ograniczone zwyrodnienie włókniste ważniejszych mięśni brodawkowych, niepozorne na pierwszy rzut oka skrócenia nitek ścięgnistych obok zupełnie zresztą prawidłowych zastawek, częściową ich niedomykalność wywołać są w stanie. Podobnie i rozsiana ogniskowa sprawa zapalna wśród mięśnia sercowego, polegająca na znaczniejszym rozroście tkanki łącznéj, szeregiem doniosłych przypadów klinicznych zaznaczyć się może, jeżeli ugniatając ośrodki nerwowe, w ścianach serca rozmieszczone, na ich pobudliwość, jakoteż na napięcie mięśnia samego szkodliwie oddziaływa. Toż samo produkty przewlekłego zapalenia na osierdziu i wsierdziu ściennem, przedstawiające się w postaci ograniczonych zmętnień, zgrubień, a niekiedy i zwapnień, jakie w przypadkach tak zwanego samoistnego przerostu serca dosyć często przytrafiać się zwykły, nie są tego znaczenia, jakie im dotychczas przypisywano. O ile mi wiadomo, Nauwerck (*Deut. Archiv f. klin. Med.* t. 33, str. 211) pierwszy zwrócił uwagę na znaczenie, jakie może mieć zapalenie wsierdzia ściennego na przerost serca, znalazłszy drobnowidem w jednym takim przypadku tkankę łączną znacznie wybujałą nietylko we wsierdziu ściennem, ale i w głębszych a przylegających warstwach mięśnia sercowego. Łatwo też pojąć, że wśród warunków podobnych włókna mięsne tracić muszą zarówno na kurczliwości, jak i na sprężystości, a skurcz i rozkurcz serca w sposób prawidłowy odbywać się nie może. Zaburzenia w krążeniu, jakie ztąd wyniknąć muszą, są nieuniknione, jeżeli tymczasem zdrowe włókna mięsne nie ulegną zastępczemu przerostowi.

Jeżeli jednak sprawę zapalną na wsierdziu ściennem dotychczas mało uwzględniono, têm mniéj jeszcze zwracano uwagi na przyrząd nerwowy zaopatrujący serce. W żadnym przypadku funkcyjonalnego przerostu serca nie poddano go dokładnemu drobnowidowemu badaniu, a jednak przyrząd ten w budowie swéj nader złożony, nagabuje czynność serca z taką łatwością i dokładnością, że nawet trudno pojąć, aby bez istotnego, anatomicznego uszkodzenia pierwocin nerwowych, jedynie skutkiem zboczeń czynnościowych, a więc chwilowo lub w przerwach tylko działających, równowaga ta przy zdrowym zresztą lub nieznacznie tylko zwyrodniałym mięśniu sercowym nadwichniętą być mogła.

Pod tym względem nie wiemy nic dodatnego, a jednak łatwo być może, że badania w tym kierunku podjęte, znacznie przyczyniłyby się do wyświecenia niejednéj wątpliwości. Domyślać się tego przynajmniéj należy po wynikach, do jakich doszedł Putjanin (*Virchow Archiv*, t. 74, str. 461), a po nim Uskow (*Virchow Archiv*, t. 91, str. 453) badając drobnowidem przyrząd nerwowy w 34 sercach, z rozmaitych przyczyn przerosłych. We wszystkich bez wyjątku znalazł on raz znaczniejsze, innym razem mniéj znaczne zmiany chorobowe we włóknach i ośrodkach nerwowych, pośród beleczek serca rozmieszczonych.

Szereg przypadków, mających przemawiać za samoistnym przerostem serca, zmniejszyłby się jeszcze o wiele więcéj, gdyby w takich razach uwzględniano zawsze i zboczenia chorobowe w reszcie narządów wewnętrznych. Tyczy się to szczególniéj narządu oddechowego, gdzie zmiany chorobowe w wielu przypadkach samoistnego przerostu, dotąd ogłoszonych, były bardzo wybitne, a jednak nie przywięzywano do nich żadnéj wagi, chociaż wpływ ich na krążenie wielkie w wielu razach zdaje się nie ulegać żadnéj wątpliwości, a jak mniema Traube (*Cohnheim*: *Vorles. ü. allgem. Pathol.*, t. I, str. 64) i Cohnheim (*ibidem* str. 64) w korzystnych warunkach nawet przerost serca lewego wywołać jest w stanie. Ale nawet i w takich przypadkach, gdzie pierwsze objawy choroby sercowéj rozwijają się tak nagle i bezpośrednio po jakimś znaczniejszym wysiłku fizycznym, że już zdaniem samych chorych związek przyczynowy między nim a chorobą serca nie zdaje się podpadać żadnéj wątpliwości, należy być nader oględnym z rozpoznaniem samoistnego przedrażnienia serca, i nie czynić go wpierw, dopóki cały przebieg choroby, a przedewszystkiém sekcyja, istotnego stanu rzeczy nie wyjaśni. Ostrożność ta nakazaną jest szczególniéj wobec coraz bardziéj zwiększającéj się kazuistyki takich wad sercowych, jakie zdaniem wielu autorów rozwinąć się mogą nagle podczas wykonywania przez serce pracy znaczniejszéj, a to skutkiem mechanicznego uszkodzenia ścian tętnicy głównéj lub jéj zastawek przez przedziurawienie lub nawet oderwanie poszczególnych części zastawek.

Gdy dla nauki o samoistném rozszerzeniu i przeroście serca zużytkowane będą tylko przypadki, które rozpoznano za życia, i na stole sekcyjnym stwierdzono, gdy przy sekcyjach szczegóły powyżéj przytoczone większe niż dotychczas znajdą uwzględnienie, niewątpliwie i przypadki tego rodzaju coraz rzadszemi się staną w literaturze. Jeżeli jednak przerost serca bez podstawy anatomicznéj zdaniem naszém dziś jeszcze uważać należy za nieudowodniony z bezwzględną ścisłością naukową, niemniéj jednak zaprzeczyć się nie da, że przydarzają się przypadki chorób serca i to ze zejściem śmiertelném, które szeregiem objawów klinicznych i całym przebiegiem chorobowym wyróżniają się tak dalece z pomiędzy reszty chorób sercowych, że już ze stanowiska klinicznego do oddzielnéj grupę zaliczyć je wypada.

Liczba przypadków takich dotychczas ogłoszona jest bardzo znaczna, a zapatrywania na samoistny przerost i rozszerzenie serca od najdawniejszych czasów po dziś dzień są nader rozmaite, w miarę tego, jak się zmieniały poglądy na zaburzenia czynnościowe serca.

Autorowie dawniejsi jak Van Swieten, Frank, Sénac, w szczególności zaś Corvisart a po nim Kreysig, Hoppe, Bouillaud przypuszczają go niemal jednozgodnie i bez zastrzeżenia.

Peacock (Seitz: *Die Uiberanstr. d. Herzens*, str. 162) opisuje przypadki, które za życia przedstawiały obraz wady zastawkowéj, a w których po śmierci oprócz rozszerzenia serca, względnéj niedomykalności zastawki dwukończystéj, żadnego zboczenia innego, w szczególności zaś żadnych zgrubień lub skróceń na zastawkach wykazać się nie udało. Tenże sam autor nadmienia, że między robotnikami, pracującymi w głębokich kopalniach miedzi i cyny w Kornwallis pojawia się niemal stale choroba, pod nazwą *asthma miners* tamże powszechnie znana, która obok przypadów dusznicy i przewlekłego nieżytu oskrzelowego cechuje się zresztą wszelkiemi objawami znamionującemi niedomykalność zastawki dwukończystéj. Wada ta, w szczególności zaś przerost serca w obu połowach, jaki jéj towarzyszy, ma się pojawiać u ludzi tych jedynie skutkiem ich uciążliwéj pracy fizycznéj, mianowicie blisko godzinę nieraz trwającego wspinania się po bardzo długich drabinach, zanim z kopalni wydostaną się zadyszani i z biciem serca na powierzchnię ziemi, o czém świadczyć ma zresztą niemożność wykazania wszelkiego innego momentu etyjologicznego w przeważnéj części przypadków, jakotéż niemal stałe pojawianie się téj choroby mniéj więcéj w tym samym okresie wieku robotników. Za samoistném rozszerzeniem i przerostem serca oświadczają się również Fuller (Seitz: *Uiberanstr. d. Herz.*, str. 169), Förster: *Handb. d. spec. pathol. Anat.*, str. 663, Friedreich: *Krankh. d. Herz.*, 2 wyd., 1867, a Baur: (*Ueber reine Hypertr. d. Herz.* Giessen, 1860) uważa go nawet za wcale nierzadką chorobę. Schultz: (*Beitr. z. Pathol. u. Ther. d. myopat. Erkrankung*, str. 9, 7, 8) na podstawie spostrzeżeń w klinice tybingskiéj kreśli szczegółowo obraz zwyczajnego, samoistnego zwyrodnienia mięśnia sercowego, jakie szczególniéj często u osób starych, licho odżywionych, między 50 a 60 rokiem życia ma się pojawiać.

Seitz (*Ueberanstr. d. Herzens*) przytacza kilkanaście przypadków z kliniki Biermera, które zakończyły się śmiercią, gdzie za życia z powodu ciężkich objawów klinicznych, wskazujących na znaczne osłabienie mięśnia sercowego, trzeba było podejrzywać jakąś wadę organiczną, a gdzie po śmierci dla znalezionego przerostu i rozszerzenia serca żadnéj anatomicznéj podstawy, któraby je dostatecznie tłumaczyć mogła, odszukać się nie udało. Tak przynajmniéj zapatruje się on na znalezione tu i ówdzie zmiany w postaci minimalnych, ściśle ograniczonych zgrubień i zwapnień na zastawkach, zmętnień na wsierdziu, osierdziu i miejscami włóknistych zwyrodnień w mięśniach brodawkowych, jakotéż nieznacznych skróceń i zgrubień nitek ścięgnistych. Zdaniem jego znużenie mięśnia sercowego z właściwym mu obrazem klinicznym rozminęło się w tych przypadkach skutkiem pewnych drobnych, bliżéj nam nie znanych zmian w badaniu i czynnościach czy to nerwów, czy téż samego mięśnia sercowego, do których przedrażnienie serca po znaczniejszéj pracy fizycznéj pierwszą dać mogło pobudkę, — przerost zaś skutkiem zwiększonéj czynności, jaką zastępczo zdrowe jeszcze włókna mięsne podjąć musiały. Jakkolwiek jednak Seitz na podstawie swoich przypadków i spostrzeżeń autorów innych mniema, że rozszerzenie i przerost serca samodzielnie rozwinąć się może, waha się przecież stanowczo w téj mierze wypowiedzieć zdanie, nadmieniając na końcu swych uwag, że o ile jemu wiadomo, niezbitych dowodów jeszcze w téj mierze nie dostarczono.

Münzinger i Jürgensen (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, t. 19, str. 499) opisują tak zwane serce tybingskie,

jakie zauważali u ogrodników w okolicy Tybingi, zajmujących się uprawą winnéj latorośli na stromych i trudno dostępnych pagórkach. Ludzie ci z powodu nadmiernéj pracy fizycznéj mają doznawać z czasem obok przypadów ze strony narządu oddechowego silnego bicia serca z objawami klinicznemi, które odpowiadają wadzie zastawkowéj, gdy tymczasem sekcyja stwierdza obok znacznéj rozedmy płuc, częstych względnie i rozległych zrostów opłucnowych, tu i ówdzie miernéj tylko miażdżycy w tętnicach, serce przerosłe i rozszerzone w obu połowach, mimo że w układzie tętniczym, jakoteż w komórkach serca samego żadnych wybitniejszych przeszkód dla krążenia wykazać nie można. Na podstawie 42 takich przypadków przychodzi Münzinger do przekonania, że przerost ten rozwinął się samodzielnie, a to skutkiem przeciążenia ludzi tych pracą fizyczną, niezależnie ale owszem równorzędnie z rozedmą płuc, nieżytem oskrzelowym i następowemi zrostami opłucnowemi. Wnosi on to na podstawie badania makroskopowego i drobnowidowego, które zaledwie tu i owdzie ślady poczynającego się zwyrodnienia tłuszczowego lub miąższowego w mięśniu sercowym wykazać było w stanie, tak że i pod tym względem przypadki te bardzo mają być zbliżone do opisanych przez Seitza. (C. d. n.)

II. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od r. 1879 do 1882.

Podał Dr. Emanuel Rosenblatt.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 44).

6) Porażenie nerwu okoruchowego, gałązek nerwu twarzowego i nerwu słuchowego lewego.

Adam Porębski chłopiec 11-letni, dobrze odżywiony przyjęty do szpitala 13 lipca 1879.

Anamnezy nie ma, gdyż chłopiec jako wychowaniec zakładu podrzutków św. Łazarza umieszczony gdzieś na wsi oddanym został do szpitala przez władze miejskie.

Obraz choroby przedstawiał się jak następuje: Lewa połowa twarzy w całości drobniejsza od prawéj, rysy wygładzone, znacznie mniéj wydatne niż po stronie prawéj, która to różnica jeszcze wyraźniéj występuje śród śmiania się, marszczenia czoła, zamykania powiek i składania ust do gwizdania. Z przypadów poszczególnych widać: 1) opad powieki górnéj lewéj, skutkiem czego wydaje się szpara powiekowa węższa niż po stronie przeciwnéj, 2) zwrócenie stałe środka rogówki lewéj ku stronie skroniowéj, a zatém zez rozbieżny, 3) rozszerzenie źrenicy lewéj średniego stopnia. Ruchy gałki ocznéj tylko w kierunku poziomym ku stronie skroniowéj i ku dołowi i zewnątrz prawidłowe, zatém nerwy *abducens* i *trochlearis* zaopatrujące mięśnie: prosty zewnętrzny i ukośny górny niezajęte; przy patrzeniu zaś w kierunkach innych, np. ku stronie prawéj, ku górze lub ku dołowi wykonywa gałka tylko minimalne ruchy nietowarzysząc ruchom gałki ocznéj prawéj. Podmiotowo żali się chłopiec tylko na widzenie przedmiotów niedokładne, podczas gdy poprzednio widział przedmioty dwoiste. Z objawów chorobowych widać daléj obniżenie powieki lewéj dolnéj z następowém łzawieniem, zapadnięcie lewego skrzydła nosowego, skutkiem czego lewy otwór nosowy znacznie węższy od prawego, wygładzenie rysu nosowo wargowego i obwiśnięcie lewego kąta ust. Powieki oka lewego nie domykają należycie, widać zawsze skrawek białkówki. Na podniebieniu miękkiém objawów porażenia nie ma. Czucie na obydwu połowach twarzy jednakowe, odruchy po stronie choréj wywołać się dają. Słuch po stronie lewéj znacznie tępszy niż po stronie prawéj, na szum, dzwonienie itp. przypady chory się nie żali; badanie przedmiotowe nic chorobowego nie wykazuje.

Czucie i ruchy na wszystkich zresztą odnogach prawidłowe; rozwój umysłowy na dość niskim pozostaje stopniu.

Co do narządów wewnętrznych stwierdzono tylko spory przerost śledziony.

Dnia 25 listopada chory nieuleczony opuścił szpital.

Rozpoznanie w przypadku powyższym cierpienia, które wywołać mogło wyż wspomniane przypady i gdzie była onegoż siedziba, wobec zupełnego braku wywiadów wcale nie jest łatwém, i dla tego tylko na prawdopodobieństwie poprzestać musimy. I tak w obec braku właściwego odbarwienia skóry po stronie choréj wykluczamy uwiąd połowiczy twarzy, *hemiatrophia facialis*, który, jak wiadomo, przeważnie téż zajmuje lewą połowę twarzy a rozchodzi się o to, czy porażenia te nerwów są ośrodkowe czy téż obwodowe. Za siedzibą przyczyny w ośrodkach przemawiało tylko równoczesne porażenie trzech nerwów czaszkowych, obok upośledzonéj inteligencyi i obecność odruchów, które przy porażeniu obwodowém są zniesione, gdyż przy drażnieniu spojówki po stronie lewéj lub dotykaniu rogówki przymykał chory powieki, choć nie zupełnie—a wreszcie domykanie powiek podczas snu, zatém brak porażenia gałązek dla mięśnia *orbicularis palpebrarum*. Za porażeniem zaś obwodowém przemawiają następujące względy: 1) zupełne porażenie wszystkich gałązek nerwu okoruchowego, co w porażeniach ośrodkowych bardzo rzadko się przydarza, 2) zajęcie tylko zewnętrznych gałęzi nerwu twarzowego, brak porażenia podniebienia, co musiałoby mieć miejsce, gdyby przyczyna zadziałała na nerw powyżéj *ganglion geniculi* i brak zaburzeń w smaku i wydzielaniu śliny, któreby wystąpiły przy zadziałaniu szkodliwości na nerw twarzowy powyżéj odejścia *chordae tympani*, 3) oddalenie pni nerwów okoruchowego od twarzowego i słuchowego w czaszce po wyjściu z mózgu i prawidłowe czynności nerwów w pośrodku nich przebiegających np. nerwów *abducens, trochlearis, trigeminus*, któreby również musiały być porażonemi, gdyby szkodliwość jaka, np. wynaczynienie lub nowotwór, znajdowała się w jamie czaszkowéj i uciskała tamże pnie nerwów okoruchowego, twarzowego i słuchowego, chyba że przypuścićbyśmy musieli dwa odrębne ogniska chorobowe. Tém mniéj jeszcze przypuścić możemy, iż przyczyna porażeń znajduje się w saméjże istocie mózgowéj i zadziałała na włókna nerwów czy to w *pedunculi cerebri ad pontem*, czy téż jeszcze i w samym mostku Varola przebiegające albo nareszcie na saméż jądra nerwów, gdyż 4) w przypadku naszym brakło zupełnie zaburzeń w sferze ruchowéj i czuciowéj na odnogach i kadłubie, któreby przy zajęciu chorobowém tychże części bezwarunkowo prawie powstać musiały. O groźnych przypadach ogólnych, któreby obok objawów ogniskowych przy podobném zajęciu ośrodków najprawdopodobniéj wystąpiły, już tu ze względu na brak wywiadów nie wspominam. 5) Za porażeniem obwodowém przemawia następnie jeszcze i pozostanie zmian w naszym przypadku spostrzeganych na stopniu jednakowym podczas całego czasu pobytu chorego w szpitalu, gdyż w cierpieniu jakiémś ośrodków, a przypuścićbyśmy tylko mogli albo sprawę nowotworową postę-

pującą albo téż zapalną w okresie późnym, częściowéj już reorganizacyi, — albo stan ogólny musiałby się pogorszyć i rozwinęłoby się coraz więcéj objawów ogniskowych, albo też w drugim razie powinny były przypady w biegu obserwacyi powoli ustępować, gdyż czynności zniszczonych ośrodków objęłyby już zastępczo ośrodki sąsiednie. 6) Wreszcie dość daleko już posunięty uwiąd mięśni twarzowych. Dla tego téż porażenia nerwów w przypadku powyższym uważaliśmy co do natury swéj za obwodowe, podczas gdy co do ich przyczyny etyjologicznéj żadnego przekonania powziąć nie byliśmy w stanie.

7) Opad powieki górnéj lewéj i niedowład odnogi górnéj prawéj.

Feliks Czupryk, chłopiec $2\frac{1}{2}$-letni, przyjęty 18 maja 1880 z ropniem małym na policzku lewym. Prócz śladów krzywicy na odnogach dolnych żadnych zboczeń nie okazuje. Powieka górna oka lewego opadła, przykrywa górny odcinek rogówki i chory nie jest w stanie należycie powieki roztworzyć, podczas gdy przy badaniu łatwo daje się powieka ku górze odsunąć; budowa jéj jest prawidłową. Ustawienie i ruchy obydwu gałek ocznych normalne. W stanie odżywienia obydwu odnóg górnych nie ma różnicy między jedną a drugą stroną, podobnież i czucie na obydwu stronach jednakowe. Natomiast ruchy odnogi górnéj prawéj upośledzone, a głównie podnoszenie ramienia. Na objawy te zwrócono rodzicom dopiero uwagę w szpitalu. Dnia 21 czerwca 1880 wyszedł z polepszeniem.

Gdybyśmy w przypadku niniejszym odnieść chcieli obiedwie zmiany napotkane do jednéj tylko przyczyny, to przypuścićbyśmy musieli porażenie ośrodkowe z umiejscowieniem zboczenia na korze półkuli lewéj, a mianowicie na granicy płatu czołowego górnego i środkowego, w którémto miejscu, podług Ferriera, graniczy ośrodek dla podnoszenia ramienia z ośrodkiem dla ruchów głowy bocznych i podnoszenia powiek.

8) Niedowład obydwu odnóg dolnych.

Maryjanna Golonkówna, dziewczyna $2\frac{1}{4}$-letnia, miernie odżywiona, przyjęta 2 października 1881. Skolioza kręgosłupa ku stronie lewéj, miernego jednak stopnia. Obrzęk gruczołów karkowych i pachwinowych. Chora ani stać, ani chodzić o własnéj mocy nie potrafi, utrzymywana robi trochę niedokładnych ruchów, postawiona natychmiast zgina nogi w kolanach i upada. Mięśnie obydwu podudzi wiotkie, kurczliwość elektromięśniowa tak zginaczy jak wyprężaczy upośledzona. Zaparcie żywota. 30/10 zapada na ospę, 8 listopada umiera. Sekcyja wykonana 10 listopada wykazuje tylko: *Variola vera in stadio suppurationis et exsicationis, Hyperaemia meningum et cerebri, bronchitis diffusa. Infiltratio adiposa hepatis minor. grad. et degeneratio adiposa cordis. Enterocatarrh. chronic. c. hyperplasia glaudular. mesaraicar.* Kręgosłup i rdzeń kręgowy prawidłowy. Dla braku innéj przyczyny niedowład odnóg odnieść chyba tylko możemy do osłabienia po przewlekłym nieżycie jelit.

9) Porażenie częściowe lewéj odnogi dolnéj z następowém przykurczeniem.

Przypadek ten dla krótkiego pobytu chorego w szpitalu nie mógł należycie być zbadanym, a w obec braku wywiadów wartości prawie żadnéj przypisywać mu nie można.

Herschla Rosenheim, chłopiec $2\frac{1}{2}$-letni, przyjęty 4go maja 1879. Zboczeń w odżywieniu nie okazuje, narządy wewnętrzne prawidłowe. Chory leży na wznak z przyciągniętemi do tułowia odnogami; prawa daje się zupełnie wyprostować i dziecko wykonywa nią ruchy należycie, lewéj odnogi atoli nie może o własnéj woli wyciągnąć. Ruchy bierne dopiero po użyciu pewnéj siły w małym zakresie wykonać się dają, przyczém zajęcie stawu biodrowego wykluczyć można. Mięśnie odnogi począwszy od pośladków na stronie zginaczy i na łydce wiotkie, po stronie zaś wyprostnéj uda twarde. Czucie i kurczliwość elektromięśniowa znacznie upośledzone. Bolesności nie ma. 10 maja opuścił szpital na żądanie, co tém więcéj żałować należy, o ile że przykurczenia około stawu biodrowego przy porażeniu odnóg dolnych rzadko tylko i po dłuższym czasie się przydarzają, i że w obec zaburzeń w sferze czuciowéj porażenia mięśni pośladkowych, niestojącego w stosunku do porażenia mięśni podudzia, nie mogliśmy stanowczo rozpoznać porażenia esencyjalnego.

Na tém kończę dział o chorobach nerwów czynnościowych i przystąpię do sprawozdania ze spostrzeganych przez nas przypadków chorób mózgu i rdzenia pacierzowego [1].

III. Oceny i sprawozdania.

A. Eulenburg: **Die hydroelectrischen Bäder.** Kritisch und experimentell auf Grund eigener Untersuchungen bearbeitet. Mit 12 Holzschitten und 2 Tafeln. Wien und Leipzig. Urban et Schwarzenberg 1883. Duża 8ka, str. IV. 102.

Jak wiadomo, pierwsi Beard i Rockwell, znani autorowie i lekarze praktyczni, wprowadzili do terapii tak zwane elektryzowanie ogólne prądem indukcyjnym lub galwanicznym. Ta metoda terapeutyczna prócz niezaprzeczonych swych zalet ma braki, którym w znacznéj części może zaradzić kąpiel elektryczna, tj. użycie prądu elektrycznego w kąpieli wodnéj, miejscowéj lub ogólnéj. Usiłowania na tém polu nie są bynajmniéj nowe i tak między innymi lekarz petersburski Kabat, jeszcze w r. 1844, zalecał kąpiele elektryczne przeciw rozmaitym chorobom układu nerwowego, Weisflog i sprawozdawca kąpiele elektryczne miejscowe, Vergnes i Poey w Hawanie kąpiele elektryczne do wydalania metali trujących z organizmu. Prace tych autorów wszakże miały przedewszystkiém cel praktyczny. Dla tego Eulenburg przedsięwziął sobie zbadać sprawę kąpieli elektrycznych naprzód teoretycznie, aby na téj podstawie dać wskazówkę do ich użycia w praktyce. W tym celu oznaczył przedewszystkiém opór przewodnictwa kąpieli elektrycznych, i przekonał się, że tenże wynosił, według temperatury i ilości użytéj wody, 30 do 40 jednostek Siemensa, przy użyciu zaś wanien drewnianych w miarę odległości płyt stanowiących zakończenie biegunów 417 do 279 jednostek Siemensa. Opór przewodnictwa całego ciała ludzkiego przy użyciu prądu galwanicznego przez skórę oznaczył E. na 10000 do 14000, w kąpieli zaś elektrycznéj w ten sposób urządzonéj, iż biegun ujemny znajdował się w wannie, biegun dodatny zaś trzymano w ręce po nad wodą, zaledwo 1000 jednostek Siemensa, dochodząc powoli w kąpieli jednogodzinnéj do 1727 jednostek Siemensa. Ztąd wypada, jak tego zresztą można było się naprzód spodziewać i jak o tém dobrze wiedzieli ci, którzy przed Eulenburgiem doświadczali terapeutycznie kąpieli elektrycznych, że przy włożeniu do wanny obydwóch biegunów bardzo mała jedynie część prądu przechodzi przez ciało, i że chcąc przeprowadzić największą część danego prądu przez

[1]) Sprawozdanie o chorobach mózgu i rdzenia podamy w roku przyszłym. *Red.*

ciało, trzeba użyć kąpieli jednobiegunowéj, w któréj jeden biegun znajduje się w wodzie a drugi po za tą wodą styka z ciałem. Dla czego w kąpieli elektrycznéj zwiększa się opór przewodnictwa, rzecz jeszcze nierozstrzygnięta. Pod względem techniki i metody baczyć należy na cel miejscowy czy ogólny. E. oświadcza się za zdaniem, że kąpieli elektrycznych używać należy tylko jako dokładniejszego sposobu elektryzowania ogólnego.

Kąpiel elektryczna jest dwojaka: dwubiegunowa, w któréj obydwa bieguny znajdują się w têm samém naczyniu z wodą a ciało ludzkie stanowi tylko uboczny łącznik dla prądu, i jednobiegunowa dodatna lub ujemna według tego, który biegun + czy — znajduje się w wannie, gdy biegun przeciwny styka się z ciałem po za wodą w wannie. Z powodów czysto fizycznych, doświadczeniem najzupełniéj stwierdzonych, oświadcza się autor za kąpielami jednobiegunowemi, do których zwyczajne przyrządy lekarskie zupełnie wystarczają. Oczywistą jest rzeczą, że w kąpieli jedynie części w wodzie zanurzone— lubo każda z osobna małego— doznają bezpośredniego wpływu od elektryczności rozdzielonéj na całą objętość wody, gdy działanie bieguna drugiego po nad tą wodą z ciałem zetkniętego jest w miejscu zetknięcia się stosunkowo mocniejsze.

Do wybadania skutków fizyjologicznych używał autor kąpieli jednobiegunowych w wannie metalowéj lub drewnianéj. Biegun drugi trzymał badany w ręce lub rękach albo zanurzał ręce w naczyniu osobném z wodą, do któréj wkładano biegun prądu elektrycznego lub wreszcie przykładano biegun do skóry w rozmaitych miejscach. Temperatura kąpieli wynosiła 34 do 37°C., jéj trwanie od 16 do 60 minut, woda studzienna czysta lub nieco zakwaszona albo posolona.

W kąpieli indukcyjnéj czyli faradycznéj uczuwa kąpiący się w razie wzmocnienia prądu wyraźne szczypanie, ciągnienie, następnie przy dalszém wzmacnianiu ból, jakby od kłucia igłami. Odległość ślimacznic potrzebna do wywołania najsłabszego czucia i najmniejszego bólu odpowiada zupełnie takimże różnicom przy zwykłém faradyzowaniu. Pod względem wpływu na cały ustrój kąpiel faradyczna obniża tętno u zdrowych o 8 do 12 uderzeń średnio biorąc, co rzeczywiście jest skutkiem prądu, jak o têm przekonały doświadczenia z takiemiż samemi kąpielami bez prądu. Ten wpływ na tętno jest skutkiem drażnienia nerwów skórnych. Na oddech i ciepłotę ciała działanie kąpieli faradycznéj jest nieznaczne. Zasługuje daléj na uwagę, iż w kąpieli indukcyjnéj zdolność czucia w skórze prądu indukcyjnego mniéj lub więcéj się zmniejsza, co oczywiście nie może być skutkiem zmniejszenia się oporu przewodnictwa w skórze, gdy przeciwnie zmysł miejscowości wyraźnie się zaostrza.

W kąpieli galwanicznéj tak dodatnéj jak ujemnéj doznają kąpiący się przy wzmacnianiu prądu uczucia biegania mrówek, swędzenia, palenia a nawet gwałtownego bólu kłójącego. Uczucie to występuje najczęściéj na całéj powierzchni w wodzie zanurzonéj, niekiedy w kąpieli ujemnéj w częściach ku biegunowi zwróconych, czasem (według doświadczeń sprawozdawcy najczęściéj) na granicy górnéj płynu a bardzo rzadko w pewnych częściach stale przy rozmaitém nawet położeniu bieguna w wodzie. Przy odpowiedniém ustawieniu bieguna występują w kąpieli ujemnéj objawy zadrażnienia galwanicznego nerwu smakowego a w kąpieli tak dodatnéj jak ujemnéj nerwu wzrokowego. Zasługuje daléj na uwagę, iż w kąpieli ujemnéj obniża się czucie skórne prądu indukcyjnego, w kąpieli dodatnéj przeciwnie podwyższa i to szczególnie w częściach w wodzie zanurzonych. Zmiany te czucia skórnego nie zostają w pewnym stósunku do zmiany oporu przewodnictwa pod wpływem kąpieli elektrycznéj, za czém przemawia i ta okoliczność, że zmysł miejscowości zaostrza się w częściach w wodzie zanurzonych w kąpieli dodatnéj i ujemnéj. Tętno obniża się w kąpieli galwanicznéj bez różnicy biegunów w ciągu pół do jednéj godziny o 10 do 20 uderzeń, liczba oddechów nie ulega widocznéj zmianie a temperatura ciała nieco obniża, czego nie robi także sama kąpiel bez elektryczności. Pod tym względem można kąpiele galwaniczne porównać z kąpielami lekarskiemi, drażniącemi skórę termicznie i chemicznie. W kąpieli galwanicznéj zmniejsza się pobudliwość nerwów i mięśniów, czego przyczyna do téj chwili niewyjaśniona.

Doświadczenia na zwierzętach z działaniem kąpieli dwubiegunowéj indukcyjnéj i galwanicznéj wypadły zgodnie ze znanemi prawami fizycznemi i fizyjologicznemi.

Co do zastósowania leczniczego kąpieli elektrycznych, jest autor zdania, że są one najlepszym pod każdym względem sposobem elektryzowania ogólnego a nie nadając się zatém do leczenia miejscowego zasługują na użycie w ogólnych zboczeniach odżywiania układu nerwowego: w neurastenii w różnych jéj formach, hipochondryi, histeryi, bo działają korzystnie na cały układ nerwowy przez wpływ na krążenie krwi itd. Wartoby spróbować kąpieli elektrycznych w nerwicach o nieznanéj zazwyczaj podstawie anatomicznéj, jak pląsawicy, padaczce, w chorobie Basedowa, wysypkach nerwowych skóry. W *paralysis agitans* widział autor korzystny wpływ każdéj kąpieli elektrycznéj. Daléj możnaby używać do pewnego stopnia kąpieli przerzeczonych we wszystkich tych chorobach, w których używamy kąpieli mineralnych termicznie lub chemicznie skórę drażniących.

Przechodząc pokrótce piśmiennictwo wspomina autor, iż próbowano kąpielami galwanicznemi wydalać metale trujące z organizmu. Proby te wypadły ujemnie także autorowi, który jednakowoż radzi używać ich daléj w sposób od dotychczasowego dokładniejszy.

W ostatnim nakoniec rozdziale swéj pracy podaje autor techniczne przepisy urządzania kąpieli elektrycznych oświadczając się słusznie za kąpielami jednobiegunowemi, do których może posłużyć każdy dobry przyrząd elektryczny lekarski i zwykła wanna. Przyrządy dodatkowe są bardzo proste i dadzą się łatwo wszędzie zaimprowizować. O wiele trudniéj urządzić kąpiele dwubiegunowe, do których potrzeba osobnych przyrządów i wanien umyślnie przygotowanych, jeżeli kąpiele te choć w części mają odpowiedzieć swemu celowi miejscowego użycia prądu elektrycznego, które snadniéj i pod każdym względem skuteczniéj odbywa się zwykłemi sposobami elektroterapeutycznemi.

Oto w krótkości treść pracy Eulenburga, zajmującéj się stósowaniem ogólném, tj. przeważnie na cały organizm w celach leczniczych czynnika dotychczas używanego najczęściéj miejscowo do leczenia cierpień także miejscowych lub za miejscowe uważanych. Sposób obrobienia przedmiotu dowodzi jasnego poglądu autora na prace fizyczne i fizyjologiczne, tudzież wymagania terapeutyczne. Dla tego bardzo polecamy pracę Eulenburga czytelnikom Przeglądu Lekarskiego, têm bardziéj, że sami przekonaliśmy się o skuteczności kąpieli elektrycznych w odpowiednich przypadkach, i że i znana firma nakładowa Urbana i Schwarzenberga wywiązała się świetnie, jak zwykle, ze swego zadania. *Domański.*

Struck (Berlin): **O wynikach badań podejmowanych celem poznania przyrzutu ostrego zapalenia szpiku kostnego.** (Doniesienie tymczasowe).

Badania w wymienionym kierunku podejmował Becker w cesarskim Urzędzie zdrowia w Berlinie. Za zadanie położył on sobie wykazać pasorzyta spostrzeganego już dawniéj przez Schüllera i Rosenbacha w produktach zapalnych, hodować go i przez zaszczepienie pokolenia wyhodowanego wywołać wspomnianą chorobę. W tym celu badał ropę pochodzącą od pięciu chorych, ropę tę otrzymywał z ognisk zapalnych w szpiku kostnym, przestrzegając pilnie przepisów przeciwgnilnych i unikając bacznie zetknięcia się téjże z powietrzem. Za pomocą badania drobnowidowego zdołał zawsze wykazać w téj ropie pewien rodzaj prątków, już to odosobnionych, już téż to w kępkach. Odrobinki ropy przeniesione na rozkrojony ziemniak lub gelatynę okazywały rozwój przechowane w odpowiedniéj ciepłocie (30°C.), a mianowicie miejsca te barwiły się po pewnym czasie pomarańczowo i powiększały się w ciągu dni następnych. Badanie mikroskopowe wykazało, że powłoczka ta pomarańczowa składa się prawie wyłącznie z prątków takich samych, jakie w ropie wykazano. Powłoczki te szczepiono następnie królikom i świnkom morskim i okazało się, że wszystkie zwierzęta zaszczepione miały się zupełnie dobrze. Gdy ten sposób postępowania nie doprowadzał do celu, wstrzykiwano tym zwierzętom większe ilości odpodwiednich rozczynów (0,2 do 1,0cm.). Zwierzęta ginęły zaraz w pierwszych dniach z zapalenia otrzewny, ze strony układu kostnego nie było żadnych objawów; z uwagi tedy, że u ludzi zapadających na ostre zapalenie szpiku kostnego zazwyczaj uraz poprzedza wybuch choroby, łamano zupełnie zdrowym zwierzętom kości odnóg dolnych na parę dni przed wstrzykiwaniem hodowanych pokoleń pasorzyta. W ten sposób postępowano z 15 królikami, z których 4 zginęły zaraz dnia następnego bez cechujących objawów, u 11 zwierząt przebieg był mniéj więcéj taki: następnego dnia po wstrzyknięciu stawało się zwierzę ociężałém, przestawało się żywić i nie zmieniało raz zajętego położenia. W miejscu złamania był widoczny tylko nieznaczny obrzęk, dopiero po tygodniu zupełnego zdrowia zaczynały zwierzęta chorować, odnogi złamane obrzmiewały i stawały się nader tkliwemi, a schorzałe zwierzęta chudły bardzo znacznie i ginęły zazwyczaj dnia 12 lub 14go. Przy sekcyjach wykonywanych niezwłocznie spostrzegano w miejscach złamań wielką ilość ropy nagromadzoną, kości obnażone w tém miejscu a jamy szpikowe wypełnione ropą. Tak we krwi jakoteż w ropie znajdowały się opisane prątki w znacznéj ilości, że zaś sprawa chorobowa zawdzięcza swoje powstanie tym pasorzytom, dowodzi okoliczność, że z ropy chorych zwierząt hodowane pasorzyty wywoływały po zaszczepieniu jeszcze raz ten sam objaw chorobowy u innych zwierząt sprowadzając śmierć tychże. *(Deutsche mediz. Wochenschrift,* 1883, Nr. 46). *Dr. Schaitter.*

R. Fleischer: **Badania chemiczne śliny w chorobach nerek.**

W patologii chorób nerkowych jeszcze stanowczo nie rozstrzygnięto pytania, czy w obec upośledzonéj zmianami anatomicznemi czynności nerek krew zawiera ciała wstecznéj przemiany pierwiastków ustroju lub téż nie. Wprawdzie ze stanowiska teoryi zdaje się to być prawdopodobném, ale dotychczasowe doświadczenia przemawiały tylko rozstrzygająco i potwierdzały powyższe pytanie w chorobach nerek połączonych z zatrzymaniem częściowém lub zupełném wydzielania moczu. Tymczasem w chorobach nerek, w których ilość wydzielanego moczu wcale zmianie nie uległa, nie mamy żadnych danych, aby przypuszczać podobne zakażenie krwi składnikami moczu. Niektórzy autorowie uważają nawet wprost za niemożebne, aby w obec takich stosunków nastąpić mogło zanieczyszczenie krwi składnikami moczu. A przecież tak często spotykamy przypadki marskości nerek, w których tę nader ważną chorobę, przebiegającą dotąd bez najmniejszych objawów, rozpoznano dopiero na podstawie zmian na siatkówce oka spostrzeżonych. Czyżby to nie świadczyło, że skutkiem zmian anatomicznych w miąższu nerkowym w takich przypadkach następowało zwolna nagromadzenie we krwi składników przemiany wstecznéj? Pytanie to stara się Fleischer w swéj rozprawie rozwiązać.

Przedewszystkiém zwraca autor uwagę, że ilość normalna mocznika we krwi jest nader małą. Nie przenosi ona 1 grama w całéj ilości krwi. A zatém 2—3—4 gramów wystarcza w zupełności, aby stosunek procentowy mocznika we krwi podnieść o 2—3 do 4 razy więcéj. Autor wybrał celem rozstrzygnięcia zadanego sobie pytania poszukiwanie mocznika w ślinie. Tutaj przedewszystkiém należało sprawdzić, czy mocznik w warunkach prawidłowych znajduje się we krwi lub nie. Autor użył tutaj następującéj metody: Ludziom zdrowym lub kiłowo zakażonym z kliniki lekarskiéj w Erlandze zastrzykiwał 0,02gr. pilokarpinu podskórnie. Tym sposobem otrzymywał do badania 300 do 3000 grm. śliny. Ślinę tę zaprawiano wyskokiem bezwodnym, sączono, przesącz odparowywano, pozostałość znów wyciągano bezwodnym wyskokiem, odparowywano i oczyszczoną pozostałość rozpuszczano w alkoholu amylowym. Jeżeli alkohol amylowy zawierał choćby najmniejszą ilość mocznika, to ten po odparowaniu alkoholu wydzielał się na blaszce platynowéj w postaci delikatnych kryształków, których identyczność sprawdzić było można pod mikroskopem, czy to wprost czy téż po przemianie w azotan mocznika, lub téż można było go udowodnić reakcyjami chemicznemi. Według téj metody autor nie znalazł ani śladu mocznika w ilości śliny do 2 litrów, w ilości zaś trzech litrów zaledwo dostrzegalne kryształki. Aby jeszcze wypróbować dokładniéj tę metodę autor zaprawił 200gr. śliny $1^1/_2$ mgrm. mocznika. Tym razem mocznik dał się wykryć z nader wielką łatwością. Według téj więc wypróbowanéj metody badał autor ślinę w 45 przypadkach zap. nerek. Byłyto przeważnie przypadki marskości nerek z objawami mocznicy lub bez niéj, a nadto przypadki zwykłego zapalenia nerek ostrego i przyostrego, zapalenia miąższowego, występującego w dyfteryi i płonicy. Z pomiędzy tych 45 przypadków wykazano w 38 mocznik. We wszystkich przypadkach marskości nerek, które rozpoznać stanowczo można było, znaleziono znaczne ślady mocznika, mimo że chory wydzielał zupełnie prawidłową ilość moczu. W przypadkach, w których mocznica ustępowała lub téż ilość białka w moczu się zmniejszała, zmniejszała się téż lub zupełnie znikała ilość mocznika w ślinie. W jednym przypadku eklampsyi u ciężarnéj, u któréj stwierdzono wysoki stopień puchliny, mocznika w ślinie wykazać nie można było. I inne podobne spostrzeżenia autora przemawiają za tém, że ciecz surowicza nagromadzona w tkance podskórnéj lub w jamach ciała, służy niejako za zbiornik dla mocznika. Ztąd też łatwo pojąć, że zawsze po wessaniu płynu opuchlinowego, skutkiem podanych leków występowały znaczne ilości mocznika w ślinie.

Rozprawę swoją kończy autor następującemi uwagami.

Jeżeli badanie wykazało, że w stosunkach prawidłowych ślina nie zawiera mocznika, w 45 zaś przypadkach chorób nerkowych wykryto go 38 razy, to pierwiastek ten do śliny dostaje się tylko skutkiem większego nagromadzenia go we krwi, co dla ustroju obojętném być nie może. Śliną jednakowoż nie może się mocznika wiele z ustroju wydzielić. Badania autora w tym kierunku wykazały, że tą drogą nie wydziela go się więcéj niż 3 do 4 decigramów dziennie. Jeżeli zatém mocznika coraz więcéj we krwi się zbierze, a ustrój nie jest w stanie wydzielić go innemi drogami, to wówczas przychodzi do widocznych zaburzeń w ustroju, czy to w postaci zboczeń w ośrodkach nerwowych, w nerwie wzrokowym, w przewodzie pokarmowym lub téż w postaci całego zbioru objawów mocznicą zwanego. (*Aus den Verhandlungen des II Congresses f. innere Medic.* Wiesbaden 1883).

Dr. Kopff.

Binz: **O poronném leczeniu chorób zakaźnych.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 46).

Lecz owa wrażliwość na chinin nie tyczy się niestety wszystkich niższych ustrojów. Krukenberg wykazał (1880), że wiele z nich (*turbellaria, infusoria*) ginie już po kilku godzinach w rozczynie chininu 1:100,000, natomiast Binz znalazł i takie, które doskonale żyły i swobodnie się poruszały w rozczynie 200 razy tęższym, bo w 1:500. Do tych należą ameby, żyjące w wodzie żup solnych, pleśń *euglema*, tworząca nieraz zielone smugi po dachach i ścianach domów, oraz, — co najważniejsze, — spiryle duru powrotnego. Te ostatnie okazały się zupełnie niewrażliwe na chinin, gdy przeciwnie zwyczajne spiryle, powstające z butwiejących roślin, giną natychmiast już w rozczynie chininu 1:10,000. Z temi badaniami za pomocą mikroskopu okazały się najzupełniéj zgodne spostrzeżenia kliniczne. Chinin nie ma w istocie żadnego wpływu na dur powrotny i inne choroby zakaźne z téj prostéj przyczyny, że i po za ustrojem nie działa na niższe organizmy będące ich przyczyną.

Czego jednak co do zimnicy domyślał się tylko Binz, to jest, że przyczyną téjże jest najprawdopodobniéj jakiś ustrój niższy, to najdowodniéj wykazali E. Klebs i C. Tommasi-Crudelli (1879), oraz G. Cuboni i E. Marchiafava (1881). Wykryte przez nich prątki bagienniczo (*bacillus malariae*) usadawiają się głównie w bezbarwnych komórkach śledziony, szpiku kostnego i gruczołów limfatycznych, co do których, zarówno jak i co do ciałek białych krwi, udowodnił znów Binz, że chinin czynność ich żywotną zwalnia. Co do prątków zaś bagienniczych wykazał niedawno J. Ceci (1882), że hodowanie ich wcale się nie udaje w rozczynach, do których dodano choćby małą tylko ilość chininu.

Wszystko to znajduje najzupełniejsze potwierdzenie w spostrzeżeniach klinicznych. Godną uwagi także jest ta okoliczność, że środki dotąd stósowane przeciw zakażeniu bagiennemu wszystkie prawie należały do grupy przeciwgnilnych (*antiseptica*) a więc do tych, które bynajmniej nie sprzyjają rozwojowi ustrojów niższych. Dość wspomnieć tylko o takich, jak arszenik, eukaliptol, kwas karbolowy, jod i olejek gorczyczny. Chinin przewyższa je jednak wszystkie na mocy szczególnych przymiotów, których tamte nie posiadają, mianowicie: nie działa gwałtownie na ośrodki nerwowe, nie rozkłada się w ustroju, a także nie tworzy z cieczami ani tkankami ustroju związków chemicznie nieskutecznych, — czego wszystkiego o żadnym z tamtych powiedzieć nie można.

Nie od rzeczy będzie tutaj także wspomnieć o olejku gorczycznym, zwłaszcza, że i działanie jego jest mało znane i że wyjaśni to lepiéj przeciwpasorzytniczą teoryję leczenia bagiennicy. W ostatniéj wojnie tureckiéj środek ten okazał się nadspodziewanie skutecznym, nawet w uporczywych formach zimnicy, co więcéj nie mniéj pomyślny skutek spostrzeżono w durze powrotnym (Th. Haberkorn. Dorpat 1879). Olejek gorczyczny składa się przeważnie z siarsinku alylu (C_3H_5.S.Cy) zwanego także rodankiem alylu. Uwagi godném jest tegoż powinowactwo z olejkiem warzęchy pospolitéj (*Cochlearia offic.* C_4H_7.S.Cy), używanéj, jak wiadomo, w gnilcu. Że w zimnicy używano niegdyś kąpieli gorczycznych, i to podobno z dobrym skutkiem, nie powinno nas dziwić, gdyż olejek gorczyczny, jako związek lotny, przenika skórę i tą drogą także dostaje się do obiegu krwi. Wewnętrzne zaś jego działanie zrozumiemy, jeżeli sobie przypomnimy, co R. Koch udowodnił, mianowicie, że olejek ten już w rozcieńczeniu 1:333,000 upośledza wzrost i rozwój prątków wąglikowych; w stosunku zaś 1:33,000 zupełnie je niszczy. (Struck. Berlin 1881). Jeżeli zważymy, że odporność żywotna prątków wąglikowych jest bardzo wielka, to okaże się, że chyba tylko jeden surnat (sublimat) przewyższa pod tym względem olejek gorczyczny, i że tém mniéj te niższe ustroje, które rozwijają się z butwiejących roślin, nie są zdolne oprzeć się wpływowi rzeczonego olejku (Binz). Jest wszakże jeszcze jedna wielka zaleta, którą olejek gorczyczny odznacza się wraz z chininem przed innemi tego rodzaju środkami; oto nie działa on wcale na bezpostaciowe fermenty ustroju, a więc i nie zakłóca odżywiania (J. Wernitz. Dorpat 1880).

A teraz jeszcze kilka uwag o chininie w stosunku do prątków bagienniczych. Odkrycie Marchiafavy i Cuboniego potwierdził znów niedawno badacz francuski Laveran. Widział on te prątki we krwi podczas napadów zimnicy, znikały jednak za podaniem chininu. (Laveran: *Comptes rendus de l'Acad. de sciences.* Paris, Octobre 1882). I w klinice lekarskiéj heidelberskiéj czyniono podobne badania. Prątki te, których nie było u 25 innych chorych, spostrzeżono u zimniczych w każdym przypadku. Skoro chininem przerwano napady, zmniejszała się ich liczba we krwi, lecz nie znikały zupełnie, dopiero po 8—10 dniowém zadawaniu chininu. Sprawozdanie rzeczonéj kliniki powiada wyraźnie, że nie podobna tu czego innego przypuszczać, jak to, że chinin działa jako środek przeciwpasorzytniczy. Nie niszczy on jednak bezpośrednio prątków, lecz tylko rozwój ich zwolna upośledza, tak, że reszty dokonywają już komórki tkankowe. Ztąd to pochodzi, że po przerwaniu napadów zimniczych, jeszcze przez pewien czas chinin zadawać musimy, jeżeli chcemy zabezpieczyć chorego od ponowienia się choroby (Fr. Ziehl. *Einige Beob. über d. Bacill. malariae. Deutsche mediz. Wochenschr.* Nov. 1882).

Tym sposobem potwierdza się zdanie, którego Binz dawniéj już bronił. Chinin i inne środki przeciwprątkowe nie niszczą pasorzytów bezpośrednio i odrazu, lecz ubezwładniają je zwolna, pomagając tém samém ustrojowi, który je ostatecznie zwalcza i wydala. Środki te są téż najskuteczniejsze podczas zwolnienia gorączki lub zupełnego bezgorączkowia, jak to bywa w zimnicy, albowiem wtedy z jednéj strony prątki posiadają najmniéj energii a z drugiéj komórki tkankowe najwięcéj odporności; natomiast zadane, choćby w dużych dawkach, w okresie wzmagania się gorączki, są zupełnie bezskuteczne. Że chinin nie usuwa go-

rączki zimniczéj za pośrednictwem układu nerwowego, najlepszym dowodem inne, nieraz nawet słabsze, gorączki niezimnicze, przeciw którym jest on bezwładny. Nie chodzi tu zresztą o obniżanie gorączki, bo na ciepłotę u człowieka zdrowego wpływ chininu jest bardzo mały. Cała więc „specyficzność“ chininu w bagiennicy polega ostatecznie na tém, że chinin stanowi truciznę dla prątków téj chorobie właściwych.

Nie inaczéj z pewnością mają się rzeczy w leczeniu kiły rtęcią lub jodem, duru jelitowego kalomelem lub chininem, suchót płucnych kreozotem, ostrego ogólnego reumatyzmu i innych dla chininu niedostępnych chorób zakaźnych kwasem salicylowym; toż samo, gdy hidrochinon lub chinolin, jak to dopiero co wykazano w Wircburgu, sprowadza zmniejszenie ostrego obrzęku śledziony i obniżenie gorączki. Wszystkie bowiem nasze nowsze środki przeciwgorączkowe nie są to niczém inném, jak *antiseptica* a raczéj *antimycotica*. (C. Binz. *Antiseptica zu innerer Anwendung. Centralbl. f. klin. Med.* 1883, str. 289—298).

To jest zdaniem Binza jedynie racyjonalne zapatrywanie się na sposób, w jaki środki swoiste działają w chorobach zakaźnych. Nauka nie powinna i nie ma przyczyny wyrzekać się nadziei, że co uczynił przypadek dla zimnicy wynajdując chinin, to z biegiem czasu powiedzie się wytrwałym usiłowaniom badaczy zdziałać dla tyfusu plamistego, ospy, płonicy i całego zastępu reszty chorób zakaźnych, bo trudno doprawdy przypuścić, aby kwas salicylowy i olejek gorczyczny miały być ostatniemi swoistemi środkami, które wykryto. (*Wiener med. Blätter* 1873, Nr. 34 i 35). *K. M.*

Wiadomości pomniejsze.

(γ) **Operacyje przy świetle elektryczném.** Dnia 30 października r. b. użyto światła elektrycznego w sali operacyjnéj król. londyńskiego oftalmicznego szpitala. Drowie Lawson, Cooper i Tweedy wykonali przy niém zdjęcie zaćmy i inne operacyje, jak wycięcie tęczówki z powodu ostréj jaskry i rozcięcie miękkiéj zaćmy. Dzień był zupełnie odpowiednim dla próby, ranek pochmurny i tak ciemny, że nie można byłoby uskutecznić operacyj bez sztucznego światła; późniéj chmury trochę rozeszły się a pokój przyciemniono i przy sztuczném oświetleniu wykonano zupełnie pomyślnie różne operacyje. Zalety takiego oświetlenia przy operacyjach na oczach zostały dostatecznie wykazane i nie wątpimy, że wkrótce znajdzie ono zastosowanie w wielu szpitalach przy operacyjach wykonywanych w nocy lub téż podczas posępnego dnia. Światła dostarczał kawałek rozżarzonego do białości platynowego drutu, umieszczony w metalowéj osadzie z polerowanym reflektorem po za nim a soczewką przed nim. Przyrząd cały umieszczony był na ruchoméj podstawie, którą podczas operacyj trzymał w ręce asystent. (*The Lancet*, 1883, II, Nr. 18).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

XIII Posiedzenie zwyczajne Tow. lek. krak. z dnia 17 października 1883 r.
Przewodniczący: kol. Obaliński. Członków obecnych 23.

1) Przewodniczący otwierając posiedzenie wita członków po przerwie wakacyjnéj.

2) Tenże donosi o śmierci 2 członków korespondentów a mianowicie Dra Bronisława Mackiewicza w Wilnie i Dra Świrskiego z Iwonicza. Zgromadzenie przez powstanie oddaje cześć tym zmarłym kolegom.

3) Tenże zawiadamia, iż w czasie uroczystości obchodu odsieczy wiedeńskiéj wraz z 2 członkami Komitetu złożył w imieniu Tow. lek. krak. wieniec na grobie króla Jana III.

4) Przewodniczący omówiwszy dotychczasowe metody leczenia skoliozy, opisawszy daléj dotychczas używane w téj chorobie przyrządy ortopedyczne, omawia ich niedokładności i wady. Dłużéj zatrzymuje się nad aparatem Nirapa. Przedstawia w dalszym ciągu stanik własnego pomysłu, przez bandażystę z Wiednia p. Walkowskiego wykonany, i okazuje użycie jego na okazie żywym. Wykład kol. Obalińskiego zostanie ogłoszony w „Przeglądzie Lek.“ W dyskusyi zabierali głos koll. Mikulicz i Schramm.

5) Kol. Gluziński mówił o działaniu ketonu salicyloresorcynowego jako środka przeciwgorączkowego.

Dr. Mendelsburg,
sekretarz.

V. Medycyna sądowa w wiekach średnich.

Skreślił **L. Blumenstok.**
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 46).

Nie poprzestając na rozróżnieniu tych trzech głównych kategoryj uszkodzenia cielesnego prawodawstwa średniowieczne germańskie podają szczegółową klasyfikacyję ran, a mianowicie dzielą je: 1) na rany proste (*blodrisne*), których cechą jest krwawienie; 2) rany mierzyć się dające (*metedolg*); miarą według jednych ustaw (*Gutalagh*) była wielkość paznogcia, według innych wielkość członka palcowego, cal (*spannus*) [1]; im większą rana, tém wyższą oczywiście była grzywna, najwyższą wtedy, jeżeli rana miała długość od łokcia aż do końca palca środkowego; 3) rany dłutowe (*Meisselwunden, frumdolch*), wymagające pomocy lekarskiéj a w szczególności „użycia maści, instrumentów i wynagrodzenia lekarzy;“ 4) rany głęboko drążące („jeżeli koniec narzędzia dotyka się kości“), a te znów dzielą na *a*) rany mózgowe (*heilund*), *b*) rany jamiste (*holund*), *c*) rany rdzeniowe (*margund*). „*Grosse Wunden sind aber Hirn- Hohl- und Markwunden. Hirnwunde ist eine solche, wodurch eine Oeffnung in der Hirnschale entsteht, es sei dieselbe gehauen oder geschlagen. Das ist Hohlwunde, wenn das Blut aus der Wunde in die Höhle einfliesst. Eine Markwunde ist es, wenn ein Knochen, in welchem Mark ist, bis aufs Mark zerbrochen ist, es sei gehauen oder geschlagen Das wird auch für grosse Wunde gerechnet, wenn jemand einem Menschen die Zunge aus dem Haupte schneidet, wenn er das Auge aus dem Kopfe sticht, wenn er ihm Nase oder. Ohren abschneidet, wenn er ihm die Zähne aus dem Munde bricht. Das heisst geschnitten, wenn Knochen oder Knorpel verletzt ist. Das ist auch* (*grosse Wunde*), *wenn er einen*

[1]) Według Ducange'a *spannus, spannum* oznacza odległość od końca palca dużego do końca palca małego przy palcach rozłożonych. Tłumaczenie to nie odpowiada definicyi powyższéj; że ostatnia jest odpowiedniejszą i zgodną z prawdą, wynika ztąd, że podobną miarą posługiwano się w Niemczech jeszcze w wieku XVIIym. W orzeczeniu, wydaném przez Wydział lekarski w Lipsku w d. 3 marca 1623 r., znajdujemy wyrażenie: *Kampfferwunden* a wyraz ten Paweł Amman tłumaczy jak następuje: „*Vocabulum „Kampffer“ olim denotavit genus vindictae vel duelli, nunc chirurgis mensurae genus est...... Vulnus fuit ein Doppel-Kämpffer i. e. vulnus quod habuit longitudinem duorum articulorum*; a daléj: „*Kampffer oder Fleischwunden dicuntur vulgo, quae habent profunditatem unguis et longitudinem longissimi articuli in medio manus digiti. Eine Wunde, so eines Gliedes lang und Nagels tieff ist, wird kampffwürdig geachtet.*“ (Pauli Ammanni, *Medicina Critica*, Erfurt 1670, str. 119).

Mann entmannt oder ihm einen Schlag an die Schamtheile versetzt. Wenn ein Mann den andern schlägt, dass ein Knochen zerbricht.“ (Gragans, c. 7, II); 5) rany przeszywające (*„Bekommt man eine Wunde durch Bein oder Schenkel oder Arm, so dass sie 2 Oeffnungen (twa munä“) hat—*“ (Ustawa duńsko-skańska, *Skane-Lagh*, V, 30); 6) rany połączone ze złamaniem kości (*Skena*); 7) rany widoczne, tj. pozostawiające ślad stały, bliznę lub oszpecenie; (*„Verwundet ein Mann einen andern in der Nase, so soll er Antlitzbusse dafür bezahlen, und so überall, wo Kleider und Haare die Wunde nicht bedecken.*“—Ustawa norwegska *Frostathinglag* III, 44); 8) rany pociągające za sobą wadę stałą: *a)* drażliwość w obec zimna i gorąca, lub zmian temperatury; *b)* nie gojenie się; *c)* sprawiające zanik, skurczenie lub porażenie członków.

Kwestyją poczytności małoletnich i obłąkanych zajmują się liczne ustępy ustaw germańskich; lecz podczas gdy nieletność albo zupełnie wyklucza odpowiedzialność za czyn karygodny lub przynajmniéj winę łagodzi, spotykamy się z nielitościwém obchodzeniem się z obłąkanymi w razie popełnienia czynu bezprawego. Tak np. ustawa Gragans (XXXII, 2) orzeka: *Wenn ein Wahnsinniger einen Todtschlag begeht, so soll es nur dann als eine im Wahnsinn vollführte That durch Zeugen erwiesen und durch Rechtsspruch erkannt werden können, wenn der Thäter schon früher sich selbst solche Verletzungen zugefügt oder zuzufügen gesucht hat, die den Tod oder Körperschaden hätten herbeiführen können, und Dinggenossen dieses bezeugen. Wenn aber die That als die eines Wahnsinnigen erkannt wird, so behält der Mann zwar bis zum Urtheil seinen Frieden, allein es ergehe sonst die Verurtheilung wegen des Todtschlages über ihn, ganz so wie über einen nicht wahnsinnigen Mann, nur mit dem Unterschied, dass man sich wegen einer solchen That ohne Genehmigung des Allthings vergleichen kann.*“ A norwegska ustawa wyspy Gulae (*Gulathing*) orzeka (IX, 148): *„Wird ein Mensch so rasend dass er aus den Banden bricht (worin man ihn schon früher gelegt hat), und jemanden erschlägt, so soll volle Busse aus seinem Gut gebüsst werden ——. Aber nur dann werde etwas für Todtschlag oder Werk eines Rasenden gehalten, wenn er aus Banden bricht, und zuverlässige Männer finden, dass er wirklich rasend sei.*“ Z tych przepisów wynika, że obłąkanych wcale nie uznawano za niepoczytnych, lecz chorobę ich co najwięcéj uważano za okoliczność łagodzącą, o ile wolno było choremu, a względnie jego rodzinie, zagodzić spór bez poprzedniego zezwolenia władzy; odpowiada to ówczesnym pojęciom o istocie choroby umysłowéj, którą uważano za niemoc wynikłą z własnego przewinienia, jak np. upojenie, przypuszczając nawet, że obłąkany może a nawet powinien sam zapobiedz nieszczęściu. Rozpoznawanie zaś obłąkania opierało się na cechach bardzo prymitywnych, jeżeli żądano dowodu, że człowiek dawniéj albo sam się skaleczył albo przynajmniéj usiłował kaleczyć się, lub wreszcie, że wyrwał się z pęt, które mu jako szaleńcowi założyć musiano. Charakterystyczną wreszcie jest wzmianka o uznaniu rzeczywistego obłąkania przez mężów zaufania godnych (*zuverlässige Männer)*, a więc znów mamy pomijanie znawców lekarskich oczywiste, gdzie najstósowniejsza nastręczała się zręczność ich wzywania, co stanowi o dowód więcéj, że ustawy germańskie znały tylko świadków, a nie znawców. Pod względem zacofania ustaw tych w rzeczach psychijatrycznych przypomina nam się mimowolnie przepis Statutu Litewskiego z r. 1530, podobny do wyżéj przytoczonych, a więc dowodzący, że i w 16 wieku zapatrywanie na poczytność obłąkanych było prawie tak samo jeszcze zacofane, jak w wiekach średnich. Art. XXIV Statutu króla Zygmunta I opiewa bowiem:— „Wyrywający się szalony za zabójstwo popełnione ma rok i 6 niedziel, a za razy zadane w łżéjszém więzieniu przez pół roku zostawać. Gdyby zaś kto szalawszy i do rozumu przyszedłszy w odnowionêm szaleństwie kogo zabił, będzie gardłem karany, bo ten wiedząc o téj chorobie, powinien mieć około siebie straż i opatrzenie.“

W Anglii wcześnie sądy w przypadkach uszkodzenia cielesnego zastanawiały się nad pytaniem, czy zachodzi Mayhem lub nie. Przez Mayhem (w łacinie średniowiecznéj *mancatio*, w angielszczyźnie dzisiejszéj *maim*) rozumiano ochromienie, czyniące człowieka niezdolnym do walki, tak, że np. utraty kilku zębów nie uważano za mayhem. Prawda, że o téj szkodzie rozstrzygały sądy same, uważając za zbyteczną interwencyję znawcy. Dopiero za panowania króla Edwarda III (1327—1377) zdarzył się przypadek wątpliwy dla sądu, a wtedy szeryf otrzymał polecenie, aby powołał: *„medicos, chirurgos de melioribus Londinii ad in- „formandum dominum Regem et curiam de his, qua eis ex „parte domini regis injungerentur.*“ (Zillner, *Der Arzt als Sachverständiger vor den englischen Gerichten*, Wien 1883).

Zadanie, z którego, jak widzieliśmy, prawodawstwa germańskie w wiekach średnich wywiązać się nie chciały czy nie umiały, spełniły ludy romańskie, jeżeli nie wcześniéj, to przynajmniéj już w pierwszéj połowie 13go wieku. Nieocenionym dla dziejów medycyny sądowéj dokumentem świadczącym wyraźnie i po raz pierwszy o wezwaniu znawców lekarskich, jest dekret Papieża Innocentego III z r. 1209, wcielony do zbioru prawa kanonicznego. W przypadku, w którym świętokradzca przytrzymany na gorącym uczynku przez kilku kościelnych został zabitym, rozchodziło się o to, czy rana śmiertelna zadana była łopatą (*fossorium*); Papież postanowił wtedy co następuje: *„Nos in praemisso casu credimus distinguendum, utrum constare possit, quod praefatus sacerdos* (tj. ten, który miał łopatę) *non inflixit percussionem letalem, de qua videlicet si aliorum non fuissent vulnera subsecuta, percussus minime interiisset, etsi percussus voluntatem non habuerit occidendi, neque ipsius studio, consilio vel mandato processerint alii contra illum. Et quidem si hoc ita se habet, quod forsan ex eo posset ostendi, si certa apparuisset percussio, ab eodem inflicta tam modica et tam levis in ea parte corporis, in qua quis de levi percuti non solet ad mortem, ut peritorum judicio medicorum talis percussio assereretur non fuisse letalis......*“ Słusznie mniema Mende (l. c. str. 91), że rozporządzenie to jest aż nadto stanowcze i że pozwala wnosić, iż już dawniéj istniał zwyczaj oglądania przez lekarzy zwłok ludzi gwałtowną śmiercią zmarłych; lecz niepodobna nam zgodzić się z jego zdaniem, jakoby zwyczaj ten, ponieważ nie pochodzi z ustawodawstwa rzymskiego i dawniejszego prawa kanonicznego, odnieść należało do ustaw germańskich, za czém nadto według niego ma przemawiać przepis ustawy normandzkiéj wyżéj przez nas powołany, a który właśnie dowodzi, że zwłoki okazywano tylko sędziemu, a nie znawcom lekarskim. Nie ulega przeciwnie zdaniem naszém żadnéj wątpliwości, że w powyższym dekrecie papieskim po raz pierwszy jest mo-

wa wyraźna o wezwaniu znawców, a nie zapuszczając się w docieczenie, czy Papież Innocenty III z własnego natchnienia wypowiedział tę zasadę lub nie, sprawdzamy fakt nagi, a na jego podstawie rok 1209 uznać musimy jako datę narodzin praktyki sądowolekarskiéj, która wyprzedziła dość znacznie powstanie medycyny sądowéj jako umiejętności. Drugim ważnym faktem historycznym jest wzmianka z r. 1249 o zobowiązaniu Hugona z Lukki do pełnienia w Bononii obowiązków lekarza sądowego. Jestto więc pierwszy praktyczny lekarz sądowy, którego nazwisko przeszło do potomności. A mamy powód szczycenia się ojcem praktyki sądowolekarskiéj. Hugon według Haesera był głową szkoły chirurgów w Bononii, dokąd zawezwany został jako lekarz miejski i polowy; w charakterze ostatnim towarzyszył wojsku bonońskiemu do Syryi w r. 1218 i był obecnym przy oblężeniu Damiety; dopiero w 30 lat późniéj miasto włożyło na niego i obowiązek pełnienia czynności lekarza sądowego. (C. d. n.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka śmiertelności w Austryi. Według urzędowych źródeł zestawił Bratassevič porównawczą statystykę najważniejszych przyczyn śmierci od r. 1873—1880.

Umarło:	wr.1873	wr.1874	wr.1875	wr.1876.
Dzieci do 5 lat	*378.929*	*327.317*	*301.718*	*313.869*
Między temi niżéj 1 roku	240.422	216.073	204.818	210.699
Dorosłych w ogóle	*432.221*	*335.612*	*332.370*	*320.494*
Między tymi wyżéj lat 60.	129.219	119.595	121.329	114.801
Ogółem:	*811.150*	*662.929*	*634.088*	*634.363*
	wr.1877	wr.1878	wr.1879	wr.1880
Dzieci do 5 lat	*338.097*	*339.995*	*315.407*	*314.913*
Między temi niżéj 1 roku	214.606	209.678	205.046	206.902
Dorosłych w ogóle	*339.651*	*343.666*	*337.084*	*339.345*
Między temi wyżéj 60 lat	121.726	123.660	128.534	130.672
Ogółem:	*677.748*	*683.661*	*652.491*	*654.258*

Z powyższych cyfr okazuje się, jak wielką jest śmiertelność pośród dzieci i że więcéj niż dwie trzecie ogólnéj liczby umiera nie dożywszy jednego roku, podczas gdy z dorosłych zaledwo trzecia część dochodzi wieku lat sześćdziesięciu.

Jeżeli się porówna ogólną liczbę ludności z liczbą zmarłych w każdym roku, to wypada na 100.000 ludności:

w roku	zmarłych	w roku	zmarłych
1873 . . .	3899	1877 . , .	3260
1874 . . ,	3183	1878 . . .	3289
1875 . . .	3048	1879 . . .	2896
1876 . . .	3027	1880 . . .	2903

Z tego wynika, iż należy uważać stan zdrowia ogółu ludności krajów w Radzie państwa reprezentowanych w r. 1879 za najpomyślniejszy, w r. zaś 1873, w którym sama cholera zabrała 106.440 czyli 538 ze 100.000 ludności, za najgorszy. Wykazy śmiertelności wykazują znów w r. 1880 znaczniejszą śmiertelność, choć nie o wiele większą, niż w roku poprzednim.

Co do przyczyn śmierci to zapisano, iż zmarło

w roku	z braku sił żywotnych	z ospy	odry	szkarlatyny
1873	86.888	64.849	9.689	13.707
1874	79.697	36.176	10.535	17.794
1875	82.874	11.989	11.546	13.882
1876	95.960	8.564	10.595	14.997
1877	89.287	11.706	10.481	19.258
1878	84.897	13.313	8.906	15.819
1879	86.989	11.273	10.203	8.846
1880	86.938	14.232	10.413	11.152.

w roku	z duru	krztuśca	dyfteryi, krupu	z zapalnych chorób dróg oddechowych
1873	25.530	25.122		57.948
1874	21.053	20.688		60.354
1875	18.915	20.491		65.040
1876	16.378	23.300		72.679
1877	17.460	27.539		86.420
1878	15.257	26.292	56.973	56.551
1879	14.217	25.025	40.509	55.537
1880	15 060	20.708	37.051	57.516

w roku	z suchot	nieżytu kiszek	udaru	uwiądu starczego	raka	czerwonki
1873	70.875	23.434	13.433	55.304	6.895	11.993
1874	70.633	21.934	15.147	52.519	7.129	12.257
1875	74.777	22.085	15.266	55.649	7.463	9.303
1876	75.715	22.130	15.448	54.126	7.788	8.596
1877	79.845	22.761	15.510	57 996	8.058	7.870
1878	85.497	23.234	15.579	58.173	8.349	7.792
1879	83.881	23.582	15.636	61.579	8.893	6,835
1880	81.917	26.291	15.709	61.264	8.993	11.570.

Ponieważ cholera tylko w r. 1873 wystąpiła epidemicznie a w latach następnych tylko sporadycznie się ukazywała, dla tego opuszczono ją w téj tablicy; natomiast podano od roku 1878 choroby zapalne organów oddechowych, dławiec i dyfteryję szczegółowo, bo choroby te od tego czasu epidemicznie pojawiły się.

Z powyższéj tablicy okazuje się, że suchoty rocznie największą liczbę zabierają, nawet nie licząc dzieci zmierających z braku sił żywotnych w pierwszych dniach lub tygodniach życia.

Nie uwzględniając również wysokiéj cyfry śmiertelności pośród starców, „zapalne choroby narządów oddechowych" dostarczają prawie równéj liczby ofiar, co pokrewna im gruźlica. Po tych chorobach najwięcéj ofiar rok rocznie zabierają krztusiec, dziesiątkujący niemiłosiernie tysiące dzieci i nieżyt kiszek, który znów sroży się między dorosłymi. (Dok. nast.).

(γ) Opieka nad pracą dzieci we Francyi. Dziewiątego listopada Prezydent francuskiéj Rzeczypospolitéj wydał sześć rozporządzeń zabraniających: 1) zatrudniania dzieci w fabrykach kwasu salicylowego, alkaloidów i chlorku siarki, 2) chłopców niżéj lat 16, dziewcząt niżéj lat 18 przy poruszaniu ręczném warsztatów tkackich, 3) używania niedorosłych dziewcząt do sortowania szmat w niedostatecznie odwietrzanych lokalach, 4) chłopców od lat 12 do 14 i dziewcząt od lat 14 do 16 do ciągnienia ciężarów po drogach publicznych, 5) używania dzieci przy zatrudnieniach wytwarzających kurz, jakoto przy przerabianiu rogu, kości i perłowéj macicy, a nakoniec 6) używania dzieci do robót wykonywanych na dachach przez pokrywaczy dachów i tym podobnych rzemieślników. Temi rozporządzeniami zrobiono może krok naprzód na polu opieki nad pracą małoletnich, tyle ważnéj ze stanowiska zdrowia i ludzkości. I u nas także w tym kierunku należałoby zwrócić jeszcze baczniejszą uwagę na dzieci niż to dotąd, ma miejsce. *(Monatsblatt für öffentliche Gesundheitspflege*, Nr. 10, 1883).

Ω. Na posiedzeniu stowarzyszenia pedagogicznego w Berlinie zapadła uchwała, godna naśladowania. Na wniosek Dra Toselowskiego uznano za potrzebne, aby w seminaryjach nauczycielskich wykładano antropologiję i anatomiję, a prócz tego obowiązkowo higijenę. Daléj na wniosek Dra Bruellowa uchwalono, aby postarać się o to, aby każdy okręg szkolny miał swego lekarza, którego obowiązkiem było by robić peryjodyczne rewizyje w szkołach i czuwać nad przestrzeganiem higijeny.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 4—10 listopada umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 29,3. Z ospy umarło 1 (2 z. t.); z odry 5 (1 z t.); z płonicy 0 (2 z. t.); z błonicy 2 (4 z. t.); z krztuśca 0 (1 z. t.); z duru brzusznego 0 (1 z. t.); z gorączki połogowéj 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach ospy, 2 ospicy, 2 odry, 11 płonicy, 7 krztuśca, 7 duru brzusznego. W tygodniu od 28 października do 3 listopada umarło w Londynie z ospy 3, leczyło się w szpitalu 50, świeżo zapadło 1. W Amsterdamie umarło 2, w Birmingham, w Madrycie i Nowym Orleanie po 3, w Warszawie i Murcyi po 4, w Paryżu 5, w Brukseli 7, w Pradze 29, w Madrasie 21. Z duru osutkowego umarło w Madrycie 5, w Walencyi 2, w Murcyi 5. Z cholery umarło w Aleksandryi od 21—27 października 33, w Bombayu od 25 września do 2 października 10, w Kalkucie od 16—22 września 12. W Moskwie doniesiono od 20—27 października o 80 przypadkach gorączki tyfusowéj, 6 duru osutkowego, 67 gorączki powrotnéj, 3 odry, 5 płonicy, 27 czerwonki, 26 błonicy, 23 róży, 14 krztuśca.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 28 października do 3 listopada umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 31,6; we Lwowie 26,0; w Warszawie 32,5; w Poznaniu 34,3: w Wiedniu 23,2; w Budapeszcie 22,1; w Pradze 29,5; w Berlinie 25,3; we Wrocławiu 29,1; w Gdańsku 23,6; w Monachowie 23,8; w Hamburgu 18,2; w Dreźnie 25,4; w Lipsku 24,7; w Bazylei 15,9; w Brukseli 24,4; w Amsterdamie 27,8; w Hadze 23,2; w Paryżu 21,6; w Londynie 19,0; w Kopenhadze 16,0; w Stokholmie 17,8; w Chrystyjanii 16,6; w Petersburgu 23,7; w Odesie 32,1; w Rzymie 22,8; w Wenecyi 19,4; w Bukareszcie 23,9; w Madrycie 26,3; w Lizbonie 30,8, w Aleksandryi 46,1; w Nowym Jorku 35,5; w Filadelfii 19,8; w Bombayu 22,8; w Madrasie 39,8. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 21 listopada. Na ostatniém posiedzeniu wiedeńskiego Tow. lekarskiego Dr. Zemann, asystent prof. Kundrata, przedstawił okazy aktinomykozy, pochodzące od kobiety, która umarła w tamecznym szpitalu powszechnym z wycieńczenia śród objawów przewlekłego zapalenia otrzewny. Sekcyja wykazała rozległe zrosty w jamie brzusznéj, przetoki śród jelit a pod ich warstwą surowiczą guzy od wielkości siemienia lnianego aż do wielkości grochu, wypuklające błonę śluzową; po nacięciu tych guzów wylewała się ropa, która mieściła w sobie grzyby promieniste charakterystyczne; następnie znaleziono znaczne zrosty w okolicy wewnętrznych części płciowych, w jajniku lewym ognisko wielkie, napełnione grzybami promienistemi, przebicie pęcherza moczowego i odbytnicy. Oprócz tego przypadku zdarzyły się w ostatnich kilku latach jeszcze 4 przypadki w szpitalu powszechnym; wszystkie te 5 przypadków miały tę wspólną cechę, że sprawa chorobowa była umiejscowiona w jamie brzusznéj, podczas gdy przypadki poprzednio ogłoszone przez Ponficka i Israela umiejscowione były w górnéj połowie ciała, zwłaszcza w szczękach, w postaci zapalenia okostny i tkanki łącznéj kręgosłupa, z którego to powodu Ponfick twierdził, że grzyb promienisty ma pierwotną swą siedzibę w zębach spróchniałych, zkąd szerzy się daléj. W 5 przypadkach wiedeńskich komunikacyi grzyba z jamą ustną wykazać nie było można, a infekcyja nastąpić musiała przez jelita, z czego wynika, że grzyb ten rozmaitemi bramami do organizmu się dostaje.

* **Francyja**. Rada miejska paryska uchwaliła, aby jedna z ulic Paryża nosiła odtąd nazwisko Thuilliera, celem uwiecznienia zasług młodego badacza, zmarłego w Aleksandryi. Rząd zaś francuski polecił, aby część europejska miasta Elkecar w Oranie nazwaną została „Baudens", w uczczeniu lekarza tegoż nazwiska, który położył wielkie zasługi dla armii francuskiéj w wyprawie krymskiéj i Algierze.

* W Akademii Umiejętności, sekcyi lekarsko-chirurgicznéj, wakuje krzesło: komisyja przedstawiła terno, a mianowicie: Charcota, Sappeya i Hayema.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Halle**. Wydział lekarski zamianował słynnego budowniczego Hobrechta honorowym doktorem medycyny, uznając zasługi jego koło higijeny położone.— **Paryż**. Prof. Jaccoud objął katedrę kliniki lekarskiéj w szpitalu de la Pitié, a o zajmowaną przezeń katedrę patologii lekarskiéj ubiegają się: Damaschino, Dieulafoy, Duguet, Grancher i Lancereaux. Na katedrę osieroconą po Depaulu Wydział przedstawił Pajota. -- **Wiedeń**. Prof nadzw. Dr. Jan Schnitzler w uznaniu zasług otrzymał tytuł radzcy rządowego.

* **Nekrologija**. We Lwowie umarł po długiéj chorobie Dr. Maksymilijan Maresch, b. prymaryjusz zakładu dla obłąkanych w Wiedniu i b. dyrektor zakładu w Kulparkowie, w 61 roku życia.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 46: Jasińskiego: Przymiotowe cierpienie okostnéj w części szyjowéj kręgosłupa; Malinowskiego: Niedrożność jelit u dziewczynki dziesięcioletniéj. W *Medycynie* Nr. 46: Misiewicza: Rozpoznawanie i leczenie zapaleń cewki męskiéj i pęcherza moczowego (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. Severin ROBIŃSKI: Zur Kenntnis der Augenlinse u. deren Untersuchungsmethoden, Berlin 1883, in 8vo str. 62.

Do Numeru dzisiejszego dołącza się list Dra Gwiazdomorskiego o „Domu zdrowia" oraz prospekt tegoż Zakładu.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Zarząd Biblijoteki Uczniów Wydziału Lekarskiego zawiadamia tych PP. Lekarzy, którzy pomimo wezwania, umieszczonego w Przeglądzie Lekarskim w miesiącu Lutym rb., dzieł wypożyczonych z Biblijoteki dotąd nie zwrócili, iż sprawę tę w przeciągu miesiąca oddaje bezwarunkowo na drogę sądową. W przekonaniu, że doniesieniem tém Zarząd Biblijoteki zaoszczędzi nieprzyjemności, mogących z tego wyniknąć, wzywa po raz wtóry i ostatni tych Panów, aby w terminie wyżéj oznaczonym książki wypożyczone zwrócili, lub kwotę odpowiednią za takowe do Zarządu nadesłali.

Z Zarządu Biblijoteki

T. Jakubowski. *S. Bernadzikowski.*

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:				
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 1 grudnia 1883. № 48. Rok XXII.

I. Przyczynek do techniki operacyjnéj i następowego leczenia raka migdałków.

Podał prof. **J. Mikulicz** w Krakowie.

Migdałki według zgodnego zdania wszystkich doświadczonych klinicystów rzadko tylko stają się pierwotną siedzibą raka, a wiele statystyk szpitalnych i klinicznych obejmujących lat wiele nie wykazuje ani jednego podobnego przypadku. Natomiast zdaje się, że rak dość często z sąsiednich części, mianowicie z korzenia języka, żagielka i tylnéj ściany połyku przechodzi na migdałki. Ponieważ zresztą i pierwotny rak migdałków bardzo często rozszerza się na części sąsiednie, to w przypadkach operacyi tego nowotworu bardzo rzadko chodzi o wycięcie samych migdałków, lecz o wycięcie mniéj lub więcéj rozległéj części ściany połyku. Operacyja wycięcia raka migdałków najczęściéj będzie więc wycięciem częściowém połyku a to za pomocą jednéj z metod faryngotomii. Punkt wyjścia nowotworu wpływa jednak na wybór metody a dla tego nie wszystkie rodzaje faryngotomii pod tym względem jednaką mają wartość.

Jeżeli sobie pozwolę na podstawie jednego przypadku pierwotnego raka migdałków, wyciętego z pomyślnym skutkiem, podać mały przyczynek do techniki téj operacyi i następowego leczenia, to czynię to dla tego, że faryngotomii nie możemy dziś jeszcze zaliczać do zupełnie zamkniętych rozdziałów chirurgii. Przed kilku jeszcze laty uważano rozległe wycięcie połyku raczéj za *curiosum*, niż za uzasadnioną i wskazaną ściśle operacyję. Wyniki dawniejszych czasów nie zachęcały zresztą do częstego wykonywania téj operacyi. Dopiero gdy Langenbeck na 8mym Zjeździe chirurgów w Berlinie wspomniał o wycięciu połyku i wyraził nadzieję, że wspólnym usilowaniom uda się wprowadzić do praktyki chirurgicznéj tę operacyję zupełnie pewną pod względem wykonania a tak niebezpieczną w swych następstwach, zajęto się nią powszechnie.

Nie potrzebuję tu nadmieniać, że nietylko pobudka Langenbecka, ale bardziéj jeszcze metoda faryngotomii przez niego podana stanowi najważniejszy krok do technicznego wydoskonalenia téj operacyi, niemniéj jednak przyczynili się do dalszego rozwoju téj sprawy późniéj i Billroth, Gussenbauer, König, Kolaczek, Kocher i inni. Szczęśliwym trafem techniczne wydoskonalenie operacyi przypada w okres wydoskonalenia leczenia następowego po operacyjach w jamach wyścielonych błoną śluzową; to też i faryngotomija od czasu zaprowadzenia jodoformu przestała być zabiegiem w swych następstwach nader niebezpiecznym. Niedawno temu Bergmann [1]) w wykładzie, który miał w Towarzystwie lekarskiém w Berlinie, skreślił jasno, na podstawie własnego doświadczenia, wartość dotychczasowych sposobów operacyi i w ten sposób z pomyślnym skutkiem daléj prowadził dzieło przez Langenbecka rozpoczęte.

Jeżeli się zastanowimy nad rozmaitemi metodami faryngotomii ze względu na raka migdałków, to przedewszystkiém z powodów łatwych do zrozumienia musimy wykluczyć operacyję zwaną *pharyngotomia subhyoidea*, zaprowadzoną przez Malgaignea a przez Langenbecka należycie ocenioną. Należy tu tylko uwzględnić metody otwierające połyk z boku a więc tém samém zdążające wprost ku migdałkom. Z pomiędzy tych możemy trzy sposoby odróżnić jako typowo rozmaite: oba cięcia Langenbecka i cięcie Gussenbauera. Wszystkie inne tu i owdzie praktykowane sposoby operowania należy uważać jako kombinacyje, albo nieznaczne modyfikacyje tych metod. Jedno cięcie Langenbecka [2]) idzie jak wiadomo od kąta ust w poprzek szczęki ku dołowi aż do wysokości chrząstki tarczykowéj. Przeciąwszy warstwowo części miękkie przepiłowuje się szczękę dolną pomiędzy miejscami przyczepienia m. żwacza; odchylając teraz za pomocą dwóch mocnych haków obie połowy szczęki mo-

[1]) *Ueber Operationen am Schlundrohre, Deutsche mediz. Wochenschrift* 1883 Nr. 42 i nast.

[2]) Patrz *Verhandlungen des Chirurgencongresses* z r. 1875.

żna wygodnie schorzałe części na korzeniu języka, żagielku i migdałkach usunąć. Za pomocą tego cięcia tedy tylko górne części połyku stają się dostępne dla noża.

Drugie właściwe cięcie faryngotomijne Langenbecka rozpoczyna się od dolnego brzegu trzonu dolnéj szczęki w środku pomiędzy brodą a kątem szczęki i idzie w prostym kierunku po przez wielki róg kości gnykowéj a daléj wzdłuż włókien mięśnia mostko obojczyko-sutkowego aż do chrząstki obrączkowéj. Przez warstwowe przecinanie części miękkich i podwiązanie naczyń w polu operacyjném tu leżących można sobie utorować drogę do dolnéj części połyku i do tylnéj ściany krtani. To cięcie jest więc przeznaczone dla nowotworów w dolnéj części połyku.

Cięcie Gussenbauera rozpoczyna się na wyrostku sutkowym i idzie wzdłuż przedniego brzegu mięśnia mostko-obojczyko-sutkowego aż do wysokości pierwszych cztérech pierścieni tchawicy. I to cięcie głównie jest przeznaczone dla dolnéj części połyku.

Z innych rodzajów cięcia nadmieniam tu tylko cięcie Heinego, które idzie od wyrostka sutkowego aż do wielkiego rogu kości gnykowéj i kątowate cięcie Kochera, które właściwie jest kombinacyją cięcia Gussenbauera i drugiego cięcia Langenbecka.

Jeżeli mamy z pomiędzy tych metod wybrać najodpowiedniejszą w celu wycięcia raka migdałków, to bezsprzecznie pierwsze cięcie Langenbecka z tymczasowém przepiłowaniem szczęki dolnéj wydaje nam się najodpowiedniejszém; i rzeczywiście operowali już podług téj metody A. Genzmer i Bergmann. Pierwszy przedstawił na VIII Zjeździe chirurgów chorego, któremu przed $2^3/_4$ roku według metody Langenbecka wyjął rozległy mięsak migdałków.

W moim przypadku torowałem sobie drogę do bocznéj ściany połyku także przez przepiłowanie szczęki dolnéj, tylko nie ograniczyłem się do resekcyi tymczasowéj, lecz wyciąłem zupełnie po jednéj stronie ramię szczęki dolnéj jako operacyją przedwstępną; cięcie zewnętrzne przebiegało wzdłuż przedniego brzegu m. mostko-obojczyko-sutkowego. Zdecydowałem się do tego planu nie w téj myśli, jakoby postępowanie Langenbecka nie dawało dosyć miejsca, tylko skłoniły mnie do tego inne, zdaniem mojém, wcale niepodrzędne zalety zarówno podczas operacyi jak i następowego leczenia. Zanim jednak o zaletach tych wspomnę, zamierzam podać historyję choroby wraz z opisem przebiegu saméj operacyi.

65-cioletnia pani, wdowa po urzędniku ze Lwowa, matka 7orga dzieci, nigdy na cięższą chorobę nie cierpiała. Z początkiem roku 1882 uczuła przy połykaniu jakąś przeszkodę w okolicy lewego migdałka Z końcem dopiero tegoż roku jeden z kolegów rozpoznał nowotwór migdałka przechodzący na tylną ścianę połyku, orzekł jednak zarazem, że operacyja nie przedstawia żadnych widoków. W Maju 1883 zasięgnęła owa pani mojéj rady. Znalazłem u choréj, zresztą zupełnie zdrowéj i dość dobrze odżywionéj, obrzęk twardy po części owrzodziały, przy ucisku miernie bolesny, którego środek dokładnie odpowiadał położeniu migdałka; obrzęk ten przechodził na łuki podniebienne, na małą część korzenia języka, na trzecią część miękkiego podniebienia i na otaczającą boczną i tylną ścianę połyku, tak, że ku dołowi sięgał aż do nasady nagłośni a ku górze prawie aż po sklepienie połyku. Od zewnątrz można było poniżéj kąta szczęki dolnéj wymacać gruczoł wielkości jaja gołębiego, twardy i nieco ruchomy. Oprócz utrudnionego połykania i lekkich bólów chora nie doznawała żadnych przypadków.

Dnia 27 maja wykonałem operacyję we Lwowie w głębokiéj narkozie chloroformowéj z łaskawą asystencyją pp. kolegów Drów Wehra, Ziembickiego, Jasińskiego, Berezowskiego i Starka. Poprowadziłem cięcie na 7—8 cm. od wyrostka sutkowego wzdłuż przedniego brzegu mięśnia mostko - obojczyko - sutkowego aż do wielkiego rogu kości gnykowéj; części miękkie przeciąłem warstwowo aż do tylnego brzegu ramienia szczęki dolnéj. Potém za pomocą raspatoryjum oddzieliłem okostnę od zewnętrznéj i wewnętrznej powierzchni ramienia szczęki począwszy od kąta szczęki jak daleko tylko mogłem ku górze i przeciąłem po części nożyczkami *masseter* i *pterygoideus internus* w miejscu ich przyczepienia do kości. Na $1^1/_2$ cm. przed kątem szczęki dolnéj założyłem piłkę łańcuszkową na około kości nie nadwyrężając błony śluzowéj jamy ust, i przepiłowałem ją w kierunku pionowym; następnie po przecięciu ścięgna mięśnia skroniowego wyłuszczyłem górną część w zwykły sposób przez okręcanie. Podczas gdy jeden asystent wbił mocny hak kostny w płaszczyznę przepiłowaną szczęki dolnéj i całą szczękę mocno ku dołowi i przodowi ciągnął, drugi roztwierał ranę hakami tępemi. Trzymając się zasady Kochera, że należy schorzałe naczynia i gruczoły limfatyczne wyjąć o ile możności w całości wraz z pierwotném ogniskiem choroby, odpreparowałem naprzód gruczoł leżący w okolicy kąta szczęki dolnéj i wyjąłem go. Postronek twardy idący od gruczołu w głąb wskazywał mi drogę do nowotworu. Przeciąwszy *m. stylohyoideus* i *biventer* i podwiązawszy starannie wszystkie naczynia leżące na polu operacyjném odsłoniłem i oddzieliłem od zewnątrz dokładnie tkanki zajęte nowotworem. Oznaczając sobie zawsze palcem granice części schorzałéj szedłem tą drogą nożem krok w krok ostrożnie daléj, kontrolując równocześnie od czasu do czasu palcem do jamy ust wprowadzonym. W ten sposób odpreparowałem cały nowotwór od zewnątrz bez otwarcia jamy ust i połyku. W końcu trzymał on się tylko na zdrowéj błonie śluzowéj połyku łuków podniebiennych i korzenia języka. Przeciąwszy dopiero błonę śluzową do około otworzyłem jamę połykową ale zarazem i ukończyłem operacyję.

Cała ta operacyja trwała nieco dłużéj niż pół godziny, a chora straciła bardzo mało krwi, z któréj tylko kilka kropli dostało się do połyku.

Po dokonaniu operacyi wypełniono starannie całą jamę rany 30 procentową gazą jodoformową. Guz wyłuszczony jak niemniéj i gruczoł okazały przy badaniu mikroskopowém cechy nowotworu rakowego. Część wycięta wielkości jaja kurzego zajmowała boczną i część tylnéj ściany połyku, łuk podniebienny wraz z odcinkiem podniebienia miękkiego aż po języczek i małą część korzenia języka.

Leczenie następowe prowadził Dr. Wehr, w którego domu chora pozostawała aż do wyleczenia. Z uprzejmie udzielonych mi przez niego dat dowiaduję się co do przebiegu o następujących szczegółach. (Dok. nast.).

II. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

Przyczynek do nauki o samoistném znużeniu serca.
(Znaczny przerost serca, rozległa zakrzepica żylna).

Skreślił Dr. Alfred Wolfram.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 46).

Podobne spostrzeżenia poczynili w Niemczech półno-

---

[1]) Patrz *Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie VIII Kongress.*

cnych Curschmann, Leyden i Zunker, a Eichhorst (*Handb .d. speciell. Path. u. Ther.*) w Prusach wschodnich, następnie zaś w klinice Frerichsa w Berlinie, przyczém niejednokrotnie i na stole sekcyjnym to samo stwierdzić mu wypadło.

Według spostrzeżeń Albutta (Seitz: *Ueberanstr. d. Herz.*, str. 4), Fraentzla (*Charité Annalen* r. V, 1878, str. 323) i wielu innych autorów, kowale, wioślarze, żołnierze, węglarze, w ogóle ludzie, których zawód wymaga ciężkiéj pracy fizycznéj, szczególniéj często cierpieniu temu ulegają.

Tu zaliczyć również wypada tę wadę serca, którą Stokes (*Die Krankh. d. Herzens.* Tłumacz. Lindwurma, str. 214 i nast.) pod nazwą *„weakened heart“* z wszelkiemi szczegółami opisuje, a jaką natrafiał u ludzi już w podeszlejszym wieku, którzy poprzednio silni i dobrze zbudowani przed pojawieniem się cierpienia sercowego często podagrą byli trapieni. U chorych tego rodzaju badanie przedmiotowe wykazywało albo przerost z wszystkiemi objawami wady zastawkowéj w obu ujściach lewéj komórki, albo tylko rozszerzenie, co i na stole sekcyjnym dosyć często stwierdzić można było.

Podobne zboczenia ze strony serca napotykał Fraenkel (*Charité Annal.*, r. V, 1878, str. 287) już i u osób młodszych, prawie wyłącznie u mężczyzn, którzy nadużywali napojów wyskokowych lub przeciążeni byli pracą fizyczną. Silne wzruszenia umysłowe, częściéj się powtarzające, rzedziej miały się przyczyniać do rozwoju choroby, natomiast szczególniéj usposabiała do niego nadmierna tusza przy więcéj nieruchomym sposobie prowadzenia życia. Na stole sekcyjnym mógł on w takich razach stwierdzić rozszerzenie lewéj komórki wraz z przerostem jéj układu mięsnego lub bez tego, a drobnowidowe badanie wykazywało albo nieznaczne tylko zwyrodnienie tłuszczowe poszczególnych włókien mięsnych, czasem częściowy ich zanik, albo też beleczki mięsne tu i ówdzie poprzerastane były tłuszczem, a całe serce znaczniejszym jego pokładem otoczone. W ogóle jednak zmiany anatomiczne były bardzo niewyraźne i w żaden sposób ciężkich objawów klinicznych, wskazujących bardzo znaczne zwyrodnienie serca, tłumaczyć nie mogły.

Fraentzel (*Charité Annal.* r. V, 1878, str. 321) utrzymuje, że pod wpływem pełnokrwistości u osób zażywnych, z zamożnych warstw społeczeństwa, skutkiem ofitego dowozu pokarmów, a bardzo często nadmiernego używania napojów wyskokowych, przy braku ruchu powiększa się napięcie w całym układzie tętniczym, w szczególności zaś w tętnicach narządów brzusznych, a utrudniając w ten sposób krążenie, zmusza serce do zastępczego przerostu. Rasa semicka o wiele więcéj ma być narażoną na tę chorobę serca, aniżeli prawdziwi Germanie, a w wielu razach i dziedziczność zdaje się odgrywać niepoślednią rolę. Toż samo szkodliwy wpływ kawy i tytoniu nie może w podobnych przypadkach, zdaniem tego autora, żadnéj ulegać wątpliwości. Często mają na nią zapadać dorobkowicze. Ale i ludzie z klasy robotniczéj, zwłaszcza silnie zbudowani, mogą uledz téj chorobie, zwłaszcza wtedy, gdy zawodowe ich zajęcie połączone jest z uciążliwą pracą fizyczną, lub gdy nadużywają napojów wyskokowych. Natomiast ludzie szczupli bez względu na warstwę społeczeństwa, do któréj należą, mimo podlegania tym samym szkodliwościom o wiele mniéj na ich skutki są narażeni.

Autorowie francuscy, mianowicie Bernheim (*Leçons de clinique médicale*, 1877) i Duroziez nadmieniają, że przerost serca bez podstawy anatomicznéj wydarza się niekiedy u kobiet, które często rodziły. Larcher spostrzegł pierwszy, że w czasie każdéj ciąży serce lewe ulega czasowemu przerostowi, który po porodzie lub z ustaniem karmienia znikazupełnie. Duroziez znalazł za pomocą wypuku powiększenie stłumienia serca u ciężarnych, Ducrest, Zambaco, Beraux (*Gazeta Lekarska*, t. I, 1881, Nr. 34) mogli się o tém przekonać przez mierzenie grubości ścian, Blot zaś przez ważenie. Przedrażnienie mięśnia sercowego, w następstwie zaś rozszerzenie a bardzo często i przerost przytrafia się, zdaniem lekarzy wojskowych, dosyć często u żołnierzy po gwałtownych marszach, w czasie uciążliwych kampanij. Da Costa (Seitz: *Ueberanstr. d. Herzens*, str. 4 i nast.), Atgers (*ibidem* str. 126 i nast.), Thurn (*ibidem* str. 336 i nast.), Fraentzel (*Virch. Archiv* t. 57, str. 215) i wszyscy inni, którzy baczniejszą zwracali uwagę na zachowanie się narządu krążenia w podobnych warunkach, podzielają zdanie to jednomyślnie. Da Costa przytacza nawet kilka takich przypadków, gdzie nietylko bezpośrednio po nasilonym marszu spostrzegał zwolna rozwijający się przerost serca, ale także jak ten przerost powoli przystępował do samoistnego zrazu rozszerzenia. Na 200 dokładnie spostrzeganych przypadków takiego samodzielnego przedrażnienia, wywołanego nadmiernym wysiłkiem fizycznym, znalazł on 28, okazujących niewątpliwy przerost, a 36 wątpliwych lub mięszanych, tj. takich, gdzie można było stwierdzić stopniowe przejścia od funkcyjonalnych zrazu zboczeń do właściwych organicznych, cechujących się istotnym przerostem serca.

Według Atgersa armija angielska w czasie kampanii w roku 1860 dostarczyła wykazom lekarskim 23 przypadków przerostu serca na tle zboczeń funkcyjonalnych ze zejściem śmiertelném, o wiele znaczniejszy procent zaś dla podobnéj przyczyny okazał się niezdolnym do pełnienia służby wojennéj. Podobne spostrzeżenia zebrał Fraentzel w czasie ostatniéj wojny francusko-niemieckiéj.

Zaburzenia w czynności serca, w szczególności zaś przerost jego, mają się pojawiać według niektórych autorów także skutkiem wpływów nerwowych lub częściéj się powtarzających wzruszeń umysłowych. Bernheim miał sposobność spostrzegać 5 przypadków przerostu serca, jaki się rozwinął po uprzednich palpitacyjach, Auguier, Ollivier (*Gazeta Lekarska*, 1881, T. I, Nr. 34) spostrzegli go przy rozmiękczeniu części szyjnéj rdzenia kręgowego, Reynaud (*Gazeta Lekarska*, T. I.. 1881, Nr. 34) w *paralysis bulbaris*, Riegel (*Gazeta Lekarska*, T. I., 1881, Nr. 34) w przypadku, gdzie był uciśnięty jeden nerw błędny, Beau (*Gazeta Lekarska*, T. I., 1881, Nr. 34) przytacza jeden przypadek sekcyją stwierdzony, gdzie rozszerzenie i przerost serca rozwijał się nagle po przerażeniu.

Mimo tak rozległéj kazuistyki, którąby jeszcze odosobnionemi, a licznie w literaturze rozrzuconemi przypadkami znacznie powiększyć można, nie brak przecież i autorów, którzy wiele ostrożniéj, niekiedy nawet wręcz przeciwnie w téj sprawie się wyrażają. I tak Bamberger (Seitz: (*Ueberanstr. des Herzens*, str. 166) nie zna ani jednego przypadku samoistnego przerostu serca, a jakkolwiek istnieniu jego wręcz nie przeczy, uważa przecież za rzecz jeszcze bardzo problematyczną, czy zwiększona inerwacyja przerost serca wywołać jest w stanie. Duchek (*Krankh. d. Herzens*, 1862, str. 100 i nast.) wyraża się z wielkiém niedo-

wierzaniem w téj mierze i mniema, że przerost serca tylko skutkiem mechanicznych przeszkód w krążeniu rozwinąć się może. Gerhardt (*Ausk. u. Perkuss.*, 1881, str. 278) spostrzegł go w daleko posuniętym okresie choroby, i to w nieznacznym stopniu u epileptyków, Dusch (*Lehrb. d. Herzkrankh.*, 1868, str. 102, 120, 150) zalicza go do chorób nadzwyczaj rzadkich, Botkin, Wasiljew (Pawiński: *Gazeta Lekarska,* T. III, 1883, Nr. 36, str. 684) powątpiewają w jego istnienie, zarówno jak i Skoda (*Abhandl. ü. Perkuss. u. Ausk.*, 1884, 319), który istnieniu samoistnego rozszerzenia serca nawet wręcz przeczy.

Jak zatém z zestawienia tego widzimy, bardzo poważni autorowie zapatrują się na samoistny przerost serca z wielkiém niedowierzaniem, a gdy nadto uwzględnimy i ta okoliczność, że nie wszystkie z wyż wymienionych przypadków, mające na korzyść jego przemawiać, ściślejszą krytykę wytrzymać mogą, sąd nasz w téj mierze tém bardziéj oględnym być winien.

I tak spostrzeżenia autorów dawniejszych już dla tego samego nie mogą bardzo wchodzić w rachubę, że oni z powodu szczuplejszych wiadomości z anatomii patologicznéj łatwo na stole sekcyjnym przeoczyć mogli delikatniejsze zmiany, któremi dałoby się może dostatecznie przerost serca wytłumaczyć.

Przypadki Peacocka prawie wszystkie niestwierdzane sekcyją, przez autorów innych niepotwierdzone, ani też niezaprzeczone, mają podobnie jak i przypadki Münzingera jeszcze tę ujemną stronę, że zanadto mało uwzględniono w nich zboczenia ze strony narządu oddechowego, które niemniéj doniosły wpływ na krążenie wielkie wywrzeć mogą. Jeżeli słusznêm jest twierdzenie Traubego, poparte później przez Cohnheima, że krew niedostatecznie odtleniona, a zatém przepełniona kwasem węglowym, działa drażniąco na ośrodki naczynio-ruchowe w rdzeniu przedłużonym, i w ten sposób cały układ naczyniowy utrzymuje w stanie silniejszego napięcia, to serce lewe przy pomyslnym składzie innych do tego potrzebnych warunków z konieczności musi przerastać, jeżeli nie mają powstać znaczniejsze zaburzenia w dużém krążeniu. Traube w ten sposób tłumaczy przerost komórki lewéj przy niedomykalności zastawki dwukończystéj, a Cohnheim w przewlekłych sprawach chorobowych narządu oddechowego, gdzie go kilkakrotnie spostrzegł. Niewątpliwie w tém znaczeniu rozumieć także należy szereg przypadków ogłoszonych przez Bäumlera: (*Deutsch. Arch. für klin. Med.*, t. XIX, str. 471), gdzie na stole sekcyjnym obok silnych, rozległych i obustronnych zrostów opłucnowych można było stwierdzić nietylko przerost prawéj, ale także i lewéj komórki. Jak wiadomo, górnicy w kopalniach w Kornwallii okazują w wysokim stopniu przypady dusznicy i przewlekłego nieżytu oskrzelowego, na tle którego łatwo téż zrosty opłucnowe wytworzyć się mogą, tak że w obec szczegółów wyżéj przytoczonych słusznie nasuwać się musi pytanie, ażali ten przerost serca lewego, jaki Peacock w nich spostrzegł, raczéj z temi przypadami w przyczynowy związek wprowadzić nie należało. Jeżeli zaś przejrzymy protokóły sekcyjne tych przypadków, które Münzingera skłoniły do wprowadzenia w patologii tak zwanego tybingskiego serca, uderzyć musi, że właśnie w tych razach, gdzie wykazać można było bardzo silną rozedmę, powikłaną często z rozleglemi zrostami opłucnowemi, najczęściéj obok komórki prawéj i lewa była przerosłą. Zdaniem naszém, mylném też jest twierdzenie autora tego, jakoby w jego przypadkach przerost serca lewego rozwinął się niezależnie od zboczeń chorobowych w narządzie oddechowym; przeciwnie prawdopodobniejszą jest rzeczą, że zboczenia te przyczyniły się wielce do wywołania przerostu serca lewego. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Hirsch i Wernich: **Biographisches Lexicon der hervorragenden Aerzte aller Zeiten und Völker.** Wien und Leipzig, Urban und Schwarzenberg, 1884, in 8vo (zeszyt 1 i 2 str. 160).

Mamy przed sobą dwa pierwsze zeszyty dzieła na dość wielką skalę założonego, albowiem obejmować mającego 200 arkuszy druku, a wychodzącego nakładem współki księgarskiéj wiedeńskiéj, która od dziesiątka lat nieznużoną pracą i zabiegliwością zdobyła sobie pierwszorzędne miejsce w poczcie wydawców dzieł lekarskich nietylko we Wiedniu i Austryi, ale i w Niemczech. Przygotowania do wydawnictwa tego rozpoczęły się już przed 2 laty pod kierownictwem prof. Puschmanna w Wiedniu, a po jego usunięciu się redakcyję objęli prof. Hirsch i docent Wernich w Berlinie przy pomocy kilkudziesięciu współpracowników stałych, śród których wszystkie narodowości sa reprezentowane. Wszystko więc składa się na to, aby wielkie to dzieło zbiorowe śmiało rozpoczęte w krótkim czasie szczęśliwie do końca doprowadzoném zostało.

Słownik bijograficzny jest ogólniejszy od słownika, który posiadamy jako drogą spuściznę po nieodżałowanym Kośmińskim, bo obejmujący wszystkie narody i wszystkie czasy; praca to więc ogromna, ale podzielona pomiędzy 60 współpracowników, nie zaćmiewa ona zatém pracy naszego rodaka, który sam jeden nie uląkł się zadania olbrzymiego, owszem podnosi tylko jego zasługę rzucając należyte światło na śmiałe przedsiębiorstwo skromnego lekarza, który w osobie swojéj jednoczył nakładcę, redaktora i pracownika. Dla lekarza polskiego słownik Kośmińskiego pozostanie nieocenionêm i niewyczerpaném źródłem właśnie obok słownika ogólnego Hirscha i Wernicha, bo będzie jego uzupełnieniem.

W porządku abecadłowym obiecują autorowie podać nazwiska znakomitszych lekarzy, treściwy rys ich życia i zestawienie prac i zasług dla nauki; co do żyjących poprzestają na krótkich datach bijograficznych i podaniu prac ważniejszych; gwiazdka umieszczona przed nazwiskiem oznacza, że lekarz, o którym mowa, żyje, że więc akta co do niego jeszcze nie są zamknięte. We wstępie wyliczone są źródła, z których czerpano, a spis ten obejmuje 440 dzieł już to ogólnych, już to specyjalnych, z których niemieckie, francuskie i włoskie co do liczby przeważają; z dzieł polskich spotykamy się ze Zbiorem wiadomości do historyi sztuki lekarskiéj w Polsce Gąsiorowskiego.

W dwóch pierwszych zeszytach mieszczą się życiorysy począwszy od Aaskowa, lekarza duńskiego, aż do Appoloniusa Mus, już to krótkie, już to obszerniejsze; niektóre artykuły są bardzo zajmujące, jak np. życiorysy Abercrombiego, Abernethego, Agassiza, Agrippy z Nettesheim, Ammona, Amussatów, Andrala, Anela, itd. Znajdujemy tu także wzmiankę o pierwszéj akuszerce w Atenach pani Agnodike.

Że słownik bijograficzny ma rzeczywistą wartość dla lekarza, byłoby rzeczą zbyteczną dowodzić dla czytelnika polskiego, który zna słownik Kośmińskiego; wystarczy jeżeli przy-

pomnimy, że słownik taki jest prawdziwą pomocą dla każdego lekarza, który chce zapoznać się z historyją nauki swéj a tém bardziéj dla każdego, który zajęty pracą naukową szuka źródeł piśmienniczych; znajdzie on w słowniku z największą łatwością to, do odszukania czego dotąd potrzebował dużo czasu i zachodów.

Że w wydawnictwie takiém nie obejdzie się bez niektórych usterków, jest rzeczą jasną; to też już w pierwszych dwóch zeszytach niektóre braki spostrzegliśmy. Papier i druk są całkiem celowi odpowiednie, korekta atoli mogłaby być staranniejszą. *L. B.*

Loew i Bokorny: **Chemiczna różnica między żyjącém a martwém pierwoszczem.**

Już od połowy 19go stulecia przestano uważać siłę życia jako stojącą po za obrębem sił materyi, jednakowoż zagadką pozostało, na czém taż siła polega. Różni autorowie starali się w tym kierunku podać rozwiązanie, nie dotarli atoli do jądra sprawy. Wedle jednych z zmięszania różnorodnych ciał materyi wypływa jéj siła życia, inni szukali jéj w organizacyi materyi; wedle Moleschotta życie jest stanem materyi wywołanym właściwemi objawami ruchu, które rozbudza ciepło i światło, woda i powietrze, elektryczność i mechaniczne wstrząśnienie. Liebig twierdził, iż w organizmie zwierzęcia znamy jedno tylko źródło siły poruszającéj, a źródło to jest oraz przyczyną wzrostu części ciała, przyczyną nadającą mu odporność przeciw zewnętrznym czynnikom, czyli jest siłą życia. Pflüger pierwszy domyślał się rozwiązania zagadki życia w właściwym składzie chemicznym żyjącego białka, doszedłszy na drodze chemicznéj do przekonania, że połączenia azotu w żyjącém białku są odmienne od połączeń w białku martwém, a mianowicie ma się znajdować w białku żyjącém grupa połączeń sinu, która ze śmiercią komórki przechodzi w grupę amidu. Loew i Bokorny starali się wysnuć inną teoryję mogącą tłumaczyć objawy życia, także na tle chemiczném. W tym celu do swych doświadczeń użyli wodorostów wód słodkich, mianowicie szrubnic (*spirogyra*) i zrostnic (*zygnema*), nadających się do badań drobnowidowych dla swéj cienkiéj łatwo przenikliwéj błony, oraz dla częściowo bezbarwnego, obfitującego w wodę pierwoszcza. Rozbiór chemiczny tychże wykazał:

białko w ilości procentowéj	2,806
tłuszcz (małe ilości lecytyny i chlorofilu)	0,610
cukier	0,111
skrobię, śluz roślinny, ślad garbnika	6,077
składniki popiołu	000,9
wodę	90,387.

Wkładali wodorosty te całkiem świeże, nienaruszone do roczczynu azotanu srebrowego (0,001%), rychło występowało zczernienie, dowód wydzielania się srebra metalicznego w obec jakiegoś ciała łatwo tlen odbierającego. A gdy preparaty tych wodorostów badali pod mikroskopem, okazało się, iż to właśnie pierwoszcze komórek zczerniało; jedne komórki były jakby zasiane małemi czarnemi punkcikami, na innych widoczne były odosobnione kupki srebra, przyczém srebro najobficiéj wydzielało się na tych miejscach, które należy uważać za główne siedlisko żywotności komórek, tj. na ich krańcach i ziarnkach chlorofilu. Po użyciu zaś roczczynu względnie zgęszczonego (0,1%) wprawdzie szybko występowało to oddziaływanie, jednakowoż bardzo rychło ustawało, a ilość wydzielonego srebra była mniejsza, niż po użyciu roczczynu rozcieńczonego (0.001%).

Skoro zaś wodorosty te wystawiali na mechaniczne działanie, wysoką ciepłotę, znieczulające przetwory chemiczne, kwasy, alkalija, skoro im odjęli światło i przez to niejako głodzili niszcząc temi środkami żywotność, wtedy roczczyn srebra tak rozcieńczony jak zgęszczony pozostał wobec nich bez wpływu, brak było zczernienia. Na podstawie powyższych doświadczeń kuszą się autorowie w roczczynie azotanu srebrowego widzieć odczynnik na życie białka; bo inaczéj oddziaływanie powyższe winnoby występować w równéj mierze tak po użyciu roczczynów zgęszczonych jak i rozcieńczonych, powtóre powinnyby czernieć równie martwe komórki, jak i żyjące.

A gdy tak nie jest, śledzili autorowie przyczynę tego odmiennego zachowania się białka żyjącego a martwego w obec soli srebrowych. Idąc w ślad za zapatrywaniami niektórych autorów, jak Sachsego, widzą w składzie chemicznym białka żyjącego grupę aldehydów; a ponieważ ta grupa połączeń chemicznych jest obdarzona łatwą ruchliwością, czego wyrazem jest to nader łatwe i szybkie oddziaływanie wobec soli srebrowych, jakiém w tym stopniu żadne inne ciało się nie wyszczególnia, przeto wnoszą, iż na napięciu grupy aldehydów polega siła życia białka, które ginie z przejściem aldehydów w inne połączenia. *Dr. Wiczkowski.*

O. Heubner: **Doświadczenia nad dyfteryją.**

Praca autora otrzymała nagrodę cesarzowéj Augusty za najlepszą rozprawę o dyfteryi. W pracy téj autor rozstrzyga dwa zasadnicze pytania: 1) w jaki sposób i z jakich przyczyn powstają zmiany miejscowe w dyfteryi; 2) w jaki sposób i z jakich przyczyn powstaje następnie ogólne zakażenie.

W pierwszym więc dziale zastanawia się autor, czy można w jaki sposób wywołać zmiany miejscowe dyfterytyczne. Doświadczenia Cohnheima i Littena, którzy przez chwilowe wstrzymanie dopływu krwi wywoływali w tkankach sprawę nekrotyczną do dyfterytycznych zmian podobną (*Coagulationsnecrose* Weigerta), naprowadziły autora na myśl, czyby nie można zamiast dotąd używanych sposobów, polegających na miejscowém przyżeganiu błony śluzowéj wywołać miejscowe zmiany dyfterytyczne przez chwilowe wstrzymanie w błonie śluzowéj krążenia krwi. W tym celu Heubner podwiązał jedwabną nitką szyjkę pęcherza królika. Dopływ krwi tym sposobem był wstrzymanym przez dwie godziny. Zmiany występujące skutkiem tego zabiegu operacyjnego były następujące: W pierwszym dniu na błonie śluzowéj widocznem było silne obrzmienie z wynaczynieniami; przybłonek był zluźnionym i również surowiczo nasiąkłym. W drugim dniu błona śluzowa pokryła się wypociną stałą, ściętą. W trzecim dniu można już było widzieć ogniska dyfterytyczne pośród błony śluzowéj. W następnych dniach wytworzyła się nekroza („*Coagulationsnecrose*“) przybłonka błony śluzowéj i tkanki podśluzowéj. Makroskopowo proces obecny niczém się nie różnił od złogów dyfterytycznych, jakie widzimy w dyfteryi samoistnéj, dyfteryi płoniczéj i w czerwonce. Cała sprawa chorobowa zatém, którą Heubner przez dwugodzinne wstrzymanie krążenia krwi na błonie śluzowéj wywołał, polegała na obrzmieniu surowiczém, na nacieku krwawym, na zmianach morfologicznych komórek przybłonkowych, na obumieraniu komórek, i następowém tworzeniu się błony włóknikowéj, złożonéj częścią z obumarłych komórek rozpadającego się przybłonka, częścią ze składników krwi, które przesiąkły z zapalnie zmienionych naczyń błony śluzowéj. Proces ten zatém całkowicie odpowiada zmianom, jakie według Weigerta wywołuje u ludzi krup

dyfterytyczny. A więc dyfteryja sztuczna powstaje zupełnie w ten sam sposób, jaki Cohnheim podaje za warunek powstania złogów dyfterytycznych skutkiem związku ciężkiego zapalenia tkanek z ich obumieraniem. Że w częściach dyfterytycznych na krótki czas jeszcze przed śmiercią krążenie krwi miało miejsce, udowodnił autor przez zabarwienie prątków w krwi, w sposób, jak się to robi przy sztuczném zakażeniu prątkami wąglika.

Na podstawie powyższego doświadczenia można sobie zatém przedstawić łatwo proces, jaki wywołuje u ludzi powstanie miejscowych błon krupowych. Oto przyczyną całą jest kurcz silny naczyń włosowatych błony śluzowéj, który na jakie dwie godziny wstrzymuje krążenie krwi. Podobnież może wstrzymać chwilowo krążenie krwi skurcz osłonki migdałków.

Dyfteryja, sztucznie przez Heubnera wywołana, nie dała się na zwierzęta przeszczepić.

W każdym razie z pierwszéj części pracy Heubnera wynika, że i warunki miejscowe powstania zwykłéj dyfteryi u ludzi nie mogą być inne, jak w doświadczeniu powyżéj opisaném. I miejscowy proces chorobowy błony śluzowéj nie jest przyczyną ogólnego zakażenia, jak świadczą doświadczenia wykonane z zachowaniem wszystkich ostrożności antyseptyki. Szczepienie zwierząt zmianami miejscowéj dyfteryi nie jest dla nich szkodliwém, czyli innemi słowy Heubner wykazał przyczyny, które wywołują powstawanie błony Brétonneaua, nie udało mu się jednak wywołać saméj choroby, którą pierwszy dokładnie opisał Brétonneau.

W drugiéj części stara się autor o sztuczne złączenie objawów dyfteryi miejscowéj z objawami ogólnego zakażenia. W tym celu wywoływał u zwierząt naprzód zmiany dyfterytyczne miejscowe. Następnie zaszczepił je wąglikiem. Na częściach dyfterytycznych można było teraz wykazać liczne bardzo nagromadzenia prątków wąglika, ale tylko pośród naczyń, nigdy zaś zewnątrz ścian naczyniowych.

Następnie zaszczepił znów podobnie zwierzęta z miejscową dyfteryją masami dyfterytycznemi, wziętemi ze złogów złośliwej dyfteryi ludzkiéj. U zwierząt wystąpiło obrzmienie śledziony, wynaczynienie na błonach surowiczych i objawy ogólnego zakażenia. W 2—3 dni następowała śmierć. W tym razie masa trująca zbierała się na błonie śluzowéj chorobowo zmienionéj w takiéj ilości, że szczepienie cząstkami téj błony wywoływało objawy o wiele silniejszego zakażenia aniżeli szczepienie masą pierwotną. Śmierć następowała jeszcze prędzéj niż u pierwszego zwierzęcia. Szczepienie błoną śluzową pęcherza, zmianie niepodległą, nie miało żadnych następstw.

Również masy zebrane ze złogów dyfteryi płoniczéj były gwałtownie trującemi. W pierwszém doświadczeniu śmierć zwierzęcia nastąpiła w ciągu 60 godzin, w drugim w ciągu 43 godzin. I w tym razie jad dyfterytyczny dał się przeszczepiać, wywołując gwałtowne objawy ostrego, ogólnego zakażenia. Jad ten gromadził się głównie w błonie śluzowéj miejscowo dyfterytycznie zmienionéj.

Zachodzi teraz pytanie, czy objawy zatrucia polegały na działaniu właściwego jadu dyfterytycznego, czy téż były skutkiem otrucia istotami septycznemi, których byt wykazał Koch, a które zdaniem Reynauda, Lannelonguea, Vulpiana i Kühna znajdują się w ślinie zdrowego człowieka, działając trująco na króliki.

Heubner więc doświadczenia powyższych autorów powtórzył. Ślina ludzka zaszczepiona królikom działa septycznie, już to wywołując objawy obrzęku złośliwego, już to septykemii, nekrozy postępującéj, pyemii z przerzutami. Bezwątpienia więc w zdrowéj ślinie ludzkiéj znajdują się bakteryje septyczne. Zdaje się także bardzo do prawdy podobném, że w ślinie znajdują się i inne prątki, które zaszczepione królikom wywołują, stósownie do rodzaju, różne postacie chorób zakaźnych.

A zatém objawy chorobowe wywołane przez szczepienie złogów dyfteryi właściwéj jak i dyfteryi płoniczéj, nie polegały jedynie na obecności jadu dyfterytycznego, lecz i na obecności innych, przypadkowo obecnych form grzybkowych. W s z y s t k i e z a t é m d o t y c h c z a s o w e w n i o s k i, w y s n u w a n e z d o ś w i a d c z e ń r o b i o n y c h p r z e z s z c z e p i e n i e z ł o g ó w d y f t e r y t y c z n y c h, z b i e r a n y c h z m i g d a ł k ó w l u d z k i c h, n i e m a j ą ż a d n é j p o d s t a w y.

Jeżeliby ktoś chciał wykazać jad dyfterytyczny, to według doświadczeń Heubnera, musiałby udowodnić przedewszystkiém obecność swoistych prątków w naczyniach. Po śmierci więc, która nastąpiła pośród objawów ogólnego zakażenia, powinnyby się znaleść bakteryje, wypełniające naczynia wszystkich ważnych narządów, jak nerek, wątroby, błony śluzowéj itd. Tymczasem dotychczasowe szczepienia jadem dyfterytycznym dały w tym kierunku rezultat ujemny: w naczyniach nie wykryto mikrorganizmów. A zatém grzybki wykrywane w masie rozpadowéj, tworzącéj złogi dyfterytyczne w jamie ust, powstają skutkiem zmian chorobowych, a nie są przyczyną tych zmian.

Jad dyfterytyczny i nadal pozostaje dla nas nieznanym, Heubnerowi udało się tylko wywołać zmiany pokrewne, miejscowe, i rozebrać przyczyny, wywołujące te zmiany. (*Allg. C. Ztg.* 1883). *Kopff.*

J. K o t z m u t h (w Lublanie): **Śmierć z chloroformu.**

Czternastoletni chłopiec z gębczastém zapaleniem stawu skokowego przebył jednę narkozę chloroformową bez żadnéj szkody. Po kilku tygodniach zachloroformowano go powtórnie w celu wykonania amputacyi Symego. Z początku przebieg narkozy prawidłowy, potém dwukrotne wymioty, nagle tętno staje się niespokojne, oczy stają słupem, czynność serca ustaje, potém kilka wdechów i chory umarł; wszelkie próby ożywienia pozostały bez skutku. Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono gruzełkowate zapalenie opon mózgowych z nagromadzeniem mętnéj cieczy surowiczéj na sklepieniu i podstawie czaszki, mózg niedokrewny.—W oskrzelach nieco płynu krwawego, pienistego, zresztą płuca zdrowe. Serce bardzo wiotkie, ściany jego, zwłaszcza komórki prawéj, bardzo cienkie (jak karta), wiotkie komórki rozszerzone zawierają nieco krwi ciemnéj gęstawéj; wątroba i nerki przekrwione, zresztą zmian żadnych. Do narkozy zużyto 70 gramów zwykłego chloroformu czystego (nie mięszaniny z eterem i wyskokiem).

Autor obwinia przewlekłe zapalenie opon mózgowych, wiotkość i zanik serca oraz ogólną niedokrewność jako przyczyny śmierci a chloroform był tylko jéj najbliższym powodem. (*Wiener med. Presse* Nr. 47). *Dr. Schramm.*

Wiadomości pomniejsze.

(γ) **Wpływ kurzu biblijotecznego na zdrowie.** Dr. L a y e t przedstawił Towarzystwu higijenicznemu w Bordeaux spostrzeżenia, jakie zrobił na kilku osobach zajętych w biblijotece Wydziału lekarskiego, gdzie okazała się potrzeba przełożenia książek na półkach. Praca ta poruszyła ogromną ilość kurzu, a bi-

blijotekarze i posługacze użyci do przekładania książek zapadli na gorączkę, ogólną niemoc, nieżyt, zajęcie oskrzeli, zajęcie oczu, gwałtowny ból głowy itd. Równoczesne wystąpienie przypadów u znaczniejszéj liczby osób zajętych w biblijotece Wydziału lekarskiego naprowadziło Dra L. na myśl, czy nie należy tych chorób przypisać kurzowi z książek, a mianowicie drobniutkim pasorzytom, jakie się w nim znajdować mogą. Dr. L. polecił zbadać pod mikroskopem zebrany pył, a Bentejac znalazł przy wielkiém powiększeniu żyjątka poruszające się nadzwyczaj szybko, prawdziwe mętwiki, a obok nich mikrokoki, które jodoform ubezwładniał, prócz tego zarodniki i nitki micelijum. Każdy kurz zawiera te poruszające się pyłki, należałoby je hodować dla wykazania rodzajów szkodliwych, jeżeli te istnieją, i robić doświadczenia dla przekonania się, czy kurz działa tylko drażniąco na błony śluzowe, czy też ma coś podobnego do gorączki siennéj. Są to pytania, które może być, że Dr. L. zechce zbadać dokładniéj, tymczasem nie ulega wątpliwości, że niehigijeniczném jest wdechanie kurzu czasem wiekowego starych książek i narażenie się na choroby przerzucając w dniach kilku całą biblijotekę. *(Gazette hebdomad. de sciences médicales de Bordeaux*, 1883).

(γ) **Abrotin.** Craveri podaje w *l'Union Pharm.* XXIV. 410, że pospolite na południu drzewo *Artemisia abrotanum* dostarcza krystalizującego alkaloidu, który on nazwał abrotinem. Otrzymano siarkan, wodochloran i cytrynian, które wszystkie doskonale krystalizują, a wodochloran jest zupełnie w wodzie rozpuszczalny. Przedwstępne fizyjologiczne doświadczenia z abrotinem robił Dr. Giacova i znalazł, że obniża on nagle ciepłotę ciała i powstrzymuje działanie serca u żab w przeciągu kilku minut, alkaloid ten i jego sole zdają się zatém posiadać własności zapobiegania gniciu istot białkowatych. *(Pharmaceutical Journ.* Wrzesień. 1883).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sprawozdanie z Walnego Zgromadzenia członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego z d. 23 czerwca 1883.

W przedpołudniowych godzinach zwiedzali koledzy, stosownie do zwykłego porządku, szpitale Sióstr Miłosierdzia, św. Józefa i Zakład okulistyczny Dra Wicherkiewicza.

Na popołudniowe posiedzenie dość liczny zebrał się zastęp kolegów; z zamiejscowych przybyli koll. Wlazłowski, Pernaczyński z Wrześni i Radziejewski z Janowa, z miejscowych byli obecni koll. Zielewicz, Koszutski, Grodzki, Jerzykowski, Jarnatowski, Kapuściński, Kramarkiewicz, Batkowski, Osowicki, Szulc i sekretarz. Na przewodniczącego uproszono Dra Radziejewskiego.

Według porządku obrad przystąpiono do omówienia „chorób pomorowych“, przyczém zabrał pierwszy głos kol. Koszutski podnosząc, że przeważnie znowu chwilowo zimnica i zapalenie gardła panują, w niektórych okolicach płonica z zapaleniem gardła; przebieg tych chorób łagodny. Kol. K. wspomina przy téj sposobności o kilku przypadkach chorobowych, lubo one nie należą ściśle do działu chorób pomorowych. Pięć kobiet zgłosiło się prawie równocześnie do kol. K. skarżąc się na jedne i te same główne objawy, t. j. na swędzenie i na wyprysk w okolicy pochwy. Przyczyny dopatrzył się kol. K. we wszystkich tych przypadkach w cukrzycy.

Kol. Zielewicz nawięzując do uwagi poprzednika o chorobach kobiet, opowiada przypadek, w którym znalazł zapalenie ujścia cewki. Cewka zajętą była gąbczastą czerwoną masą; środki ściągające, nie łatwo dające się w tych miejscach zastosować, nie wywarły pożądanego skutku. Kol. Jerzykowski przypuszcza, że chodziło w tym przypadku o rozpadlinę cewki moczowéj, która wywołała zapalenie i zapytuje, czy kol. Zielewicz nie badał endoskopem? na co tenże odpowiada, że tylko małym swym palcem badał cewkę, lecz nic nie znalazł.

Kol. Radziejewski chwali nadzwyczajną skuteczność nowego środka *chinolinum tartaricum* w kokluszu. Używał go u własnych dzieci i opowiada, że w krótkim czasie środek ten, podawany w zwyczajnym rozczynie wodnym i to w stosunku 1:180 co 3 godziny po łyżeczce od kawy, usunął owe kurczowe napady kaszlu (w 10—14 dni) pozostawiając zwykły nieżyt dróg oddechowych, który ustępował pod wpływem korzenia ipekakuany, a na uwagę kilku kolegów, że środka tego dla wstrętnego smaku dzieci brać nie chcą, kol. R. zapewnia, że w zwyczajnym wodnym roztworze bez dodania syrupu środek ten przypominając, smak wody migdałowéj nie jest przykrym.

Nastąpił referat kol. Zielewicza w sprawie: „czy miejscowe leczenie dyfteryi w obec dzisiejszych pojęć naukowych jest na czasie.“? W pięknym i wyczerpującym referacie wspomniał kol. Z. o nowszych zapatrywaniach i skłania się sam do leczenia miejscowego i ogólnego téj trapiącéj ludzkość choroby.

Przy rozprawach nad tym przedmiotem zwraca kol. Koszutski na to uwagę, że są przypadki dyfteryi, które same przez się, bez lekarskiego przyczynienia się łatwo ustępują, inne zaś, w obec których jesteśmy bezsilni; przemawia raczéj za wystrzykiwaniem części zajętych aniżeli za pędzlowaniem lub przyżeganiem, przy czém łatwo silne skaleczenie zdziałać można. — Kol. Jarnatowski radzi ze względu na to, że przeciwko prątkom żadnego nie posiadamy skutecznego środka, leczyć jedynie symptomatycznie. Nie wszystko zresztą jest dyfteryją, co się nią nazywa. W ogóle pozostawić pragnie każdemu koledze do woli, co w poszczególnym przypadku dyfteryi uczynić. — Kol. Kapuściński podnosi, że przyznajemy się do niemocy w obec dyfteryi ran, a gdy ostatnia w gardle osiędzie, zdaje nam się, że skutecznie zwalczyć ją zdołamy; zwyczajnym téż to przypadkiem być mieni, jeżeli z prawdziwéj dyfteryi chory jaki wyjdzie. — Kol. Jerzykowski jest przeciwny pędzlowaniu; widział bowiem tylko zawsze z tego szkodę, używa téż jedynie środków pobudzających, a unika chininu, któremu przypisuje szkodliwy nieraz skutek. — Kol. Radziejewski opisuje trzy pomory dyfteryi bez i z płonicą połączone w Łopiennie, Rogowie i Janowcu. Sześćdziesiąt było przypadków śmiertelnych. Jest tego zdania, że nabrzmienie gruczołów zapowiada ogólne zakażenie, leczy miejscowo, aby zapobiedz dalszemu odradzaniu się przyrzutu na części ciała zajętéj, ale też i ogólnie występuje przeciw zakażeniu krwi. Pędzluje 10% kwasem karbolowym roztworzonym w spirytusie i glicerynie, oprócz tego każe wziewać 4% kwas karbolowy, w gorączce podaje chinin z bromkiem potasu, przytém zaleca chorym wino, koniak lub zwyczajną nawet wódkę. W końcu opowiada przypadek dyfteryi u trzyletniego dziecka, gdzie w skutek nieostrożnego przełamania zęba wśród leczenia nastąpiła dyfteryja dziąseł, następnie wypadnięcie wszystkich prawie zębów i odłuszczenie górnéj części żuchwy (część tę odłuszczoną przedłożył kolegom). W końcu twierdzi kol. R., że dopóki pokłady dyfteryjne nie dają się powonieniu we znaki, dopóty dyfteryja nie jest groźną, inaczéj zaś gdy następuje smrodliwe ulatnianie. — Kol. Wlazłowski nie jest za miejscowém leczeniem, chyba tylko wtenczas, gdy choroba bardzo się przewleka, przemawia zaś za środkami ogólnemi. — Kol. Koszutski przypomina skuteczność środka poleconego przez kol. Kaczorowskiego, t. j. *tinct. jodi* ze solą, którego odtąd często z zamiłowaniem używał. — Kol. Pernaczyński rozróżnia dyfteryję samoistną i płoniczą. Ostatnia, zdaniem jego, zawsze ma łagodny przebieg; co do samoistnéj zaś, to przypadki stają się groźne w skutek zakażenia krwi. Przytacza téż przypadek, w którym chłopiec na wardze dolnéj miał pokład dyfteryjny średnicy 1cm. Ile razy go kol. P. przyżegał lub też wypalał, zawsze nowe pokazały się pokłady. Odtąd téż nie używa tych środków energicznych, zalecając raczéj tylko chorym przepłukiwanie. Występując przeciwko sposobowi podawania chininu z bromkiem potasu i to ze względów chemicznych, sam zaleca dwuchlorek rtęciowy z białkiem, który podaje, wcierając równocześnie co pół godziny szaruchę w szyję i kark, dopóki ślinotok nie nastąpi. Wyłuszczenia żuchwy kol. P. także widywał.

Po kilku jeszcze uwagach wyjaśniających przeważnie osobiste nieporozumienia pomiędzy kolegami Radziejewskim,

Jarnatowskim, Jerzykowskim, Koszutskim i innymi zabrał raz jeszcze kol. Zielewicz głos, aby zakończyć rozprawę nad tym przedmiotem wyrażając nader słuszne życzenie, ażeby w obec tak różnorodnych zapatrywań co do istoty i sposobu leczenia dyfteryi, koledzy okazywali się pobłażliwymi dla innych niepodzielających ich własnych zapatrywań.

Stosownie do porządku obrad nastąpił bardzo dokładnie opracowany referat kol. Koszutskiego, o sposobach leczenia choleryny u niemowląt. Kol. Koszutski w następujący przemówił sposób: Nim przystąpię do sprawozdania: „Jaki sposób leczenia choleryny niemowląt uznać możemy obecnie za najlepszy?“ pozwólcie Panowie choć pokrótce przedstawić sobie kilka zapisków etyjologicznych, groźnego tego cierpienia dotyczących. Choleryna niemowląt była w ostatnich latach przedmiotem badań niemieckich, angielskich i amerykańskich lekarzy, przecież pomimo usilnych zabiegów nie zdobyto się jeszcze na zgodny sąd pod względem etyjologii. Dr. Johnston w Leicester w rozprawie swéj w 1879 roku ogłoszonéj twierdzi, że powodem choleryny jest kanalizacyja. Po obserwacyjach, które nieustannie przez 18cie miesięcy odbywał nad drobnowidowemi ustrojami zawartemi w powietrzu kanałów i ich otoczenia, następujące zestawił twierdzenia: 1. że wilgotne powietrze źle oczyszczonych, niedostatecznie odwietrzonych kanałów zawiera, skoro ponad 14 °C. jest ogrzaném, zaczynniki (*micrococcus)* i prątki (*bacterium termo*), których liczba z podnoszącą się temperaturą wzrasta, 2. że owe bakteryje do rur wodociągowych się dostają i na zastawkach się osadzają, 3. że w dniach gorących i suchych organizmy te, po dostateczném wyparowaniu, udzielają się powietrzu i stają się powodem gnicia w płynach kiśnieniu podlegających i w różnych zwierzęcych i roślinnych materyjach. Johnston twierdzi, że cholera *infantum vel aestiva* głównie po dostaniu się bakteryj do ustroju niemowlęcia przez pożywienie lub powietrze powstaje, że polega na gniciu treści jelit i z wzrostem organizmów drobnowidowych ręka w rękę postępuje. Z siedmdziesięciu sprawozdań zebranych po większych miastach Anglii choleryną nawiedzanych, wynikło, zdaniem jego, że miasta z małą śmiertelnością dobrą posiadały kanalizacyję, t. j. że kał i nieczystości szybko miasto opuszczały, że zaś przeciwnie w grodach choleryną nawiedzonych kanały ciecz kanałową nie rychło odprowadzały i to z powodu równiny, na której były założone. Na wywody Johnstona godzi się Buck, Franklin, słynny angielski higijenista Simon i komisyja dublińska. Stolica Irlandyi, nawiedzana corocznie choleryną, wykazuje pomimo uroczego swego położenia, mimo łagodnego klimatu, obfitości wody i wodociągów — największą w całéj Anglii śmiertelność niemowląt podczas lata. Stwierdzono, że Dublin nędzną i źle odwietrzać się dającą posiada kanalizacyję; ztąd téż poważne głosy podniosły się za jéj zniesieniem zupełném, — polecając wynalazek Liernura (Reclam: *Die Sommer-Diarrhoe der Säuglinge als Folge der Canalisation. Gesundheit*, r. VII, 1882, Nr. 16) oparty na systemie pneumatycznym. Troskliwe i staranne od 1851 roku zbierane sprawozdania i obserwacyje Dra Cook Weir w Leicester były powodem sporu naukowego o cholerynę z znanym statystykiem Drem Farrem, który ją do chorób zakaźnych zalicza, a na co badacz pierwszy wcale się nie godzi. Dr. Turner z Portsmouth na tle statystyki londyńskiéj przedstawił na posiedzeniu epidemijologicznego Towarzystwa, jako etyjologiczny moment choleryny oprócz kanalizacyi, jeszcze skutki skombinowane nieodpowiedniego, sztucznego żywienia, gorąca i niedostatku. Prof. Clerce Miller w przyczynku swym do etyjologii, patologii i terapii choleryny u dzieci, twierdzi na mocy obserwacyi po większych miastach północnéj Ameryki poczynionych, że głównie stale gorąco wynoszące 24 °C. chorobę tę sprowadza. Z wzrostem gorąca przez 6—10 dni trwającego mnożą się przypadki, z obniżeniem się temperatury lub obfitym deszczem niknie niebezpieczeństwo, nie zaprzecza zaś, że złe powietrze, kloaczne gazy także pewien wpływ na rozwój choleryny mieć mogą, Meissner przedstawia zgodnie z Millerem, że wysoki stan termometru i barometru, przez dni kilka stale się utrzymujący, nader jest szkodliwym a zdanie to dzieli także Bernard, Crasse i inni. Prof. Leube w pracy swéj w dziele zbiorowém Ziemssena zamieszczonéj utrzymuje, że fermentujące zawartości jelit niemowlęcia są powodem wymiotów i nadmiernych robaczkowych ruchów kiszek. Prof. Henoch podnosi jako główne źródło choleryny, sztuczne żywienie niemowląt i przejście z karmienia do innego pożywienia, zwłaszcza u dzieci w niedostatku żyjących, nie wyklucza jednak przypuszczenia, że istnieje zakażenie, za czém epidemiczne pojawianie się choroby przemawia, i nie godzi się na odrębną postać wykrytych dotąd bakteryj. Hensch spodziewa się, że dalsze badania do pomyślnego doprowadzą rezultatu, bo prócz gorąca jeszcze koniecznie w rozwoju choroby odgrywać muszą rolę popierającą zarodki zakaźne *(infectiöse Keime)*. Wielu niemieckich badaczy godzi się z zdaniem Widerhofera, że źle wietrzone pomieszkania, niedostatek, przepełnione szpitale dziecięce, domy podrzutków, nędzne żywienie niemowląt i dzieci odłączonych od piersi wśród gorącego lata są powodem choleryny. Baginsky i Epstein obwiniają znów przeważnie proces zgnilizny w pożywkach, nie zbadali zaś jeszcze podejrzywanéj specyficznéj materyi zakaźnéj (grzybicy kiszkowéj). Że ona istnieć musi, zwłaszcza w przypadkach choleryny nagle powstałych, twierdzi Soltmann i zaznacza przedostanie się jéj do ustroju niemowlęcia z pożywieniem lub mlekiem. Widerhofer wypowiada stanowczo, że mleko fałszowane lub od chorych zwierząt pochodzące, jest często wyłącznym choleryny powodem. Czyby nie wypadało śledzić także dokładnie działania mleka podawanego niemowlętom w dni gorące, a pochodzącego od krów po łąkach i pastwiskach się karmiących? W higijenicznych swych wywodach o mleku wypowiada Loebisch (*Real Encyclopädie* 1881) zgodnie z Taylorem, że trujące części składowe mleka nietylko tam powstają, gdzie je w stanie kwaskowatym w naczyniach metalowych przechowują, ale nawet i wtenczas, jeźli zwierzęta mleko dające żywią się paszą kisnącą w metalowych naczyniach zachowaną. Podaje nadto, że mleko zwierząt które rośliny drastycznie działające pożarły, szkodliwie wpływać musi. Użyte jako środek leczniczy przetwory jodu, antymonu, rtęci itd. w mleku odszukać można. Mnożą się, zdaniem jego, przekonania, że mleko jest przenośnikiem zarazy w różnych ciężkich chorobach zakaźnych. (Dok. nast.)

V. Z wystawy higijenicznéj w Berlinie.

Berlin 1 Października 1883.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 46).

Co do szczepienia ochronnego to szczepienie wprost ze zwierząt (*animale Vaccination*) zyskujące i słusznie coraz więcéj zwolenników w Niemczech głównie zasługuje na uwagę, a mianowicie wystawy Dr. Pissina głównego krzewiciela tego sposobu w Niemczech, Dra Fürsta z Lipska i wystawa hamburskiego Zakładu zostającego pod kierunkiem Dra Voigta. W wystawach tych znajdują się modele stołów do szczepienia, narzędzia do tego służące i liczne sprawozdania wykazujące rozwój tych zakładów i udoskonalenia, jakie w zbieraniu krowianki poczyniono, tak że przy szczepieniu wprost z cieląt otrzymujemy przy pierwszém szczepieniu korzystny wynik 96 do 99·*i* razy na 100 a przy powtórném szczepieniu (*revaccinatio)* 43 do 84 razy. Prawie równie dobre wyniki daje szczepienie zasuszoną krowianką, jeżeli zasuszenie i przechowywanie z odpowiedniemi nastąpi ostrożnościami. Dr. Fürst wystawił osobny przyrząd do suszenia krowianki.

W następnéj grupie piętnastéj, pomieszczono wszystko, co odnosi się do udzielania pierwszéj pomocy uległym przypadkom lub tym, którzy nagle zachorowali. Pierwsze miejsce pod tym względem należy się Towarzystwu ratunkowemu wiedeńskiemu, niedawno dopiero po pamiętnéj katastrofie w Ringtheater założonemu. Wystawa tego Towarzystwa, nagrodzona złotym medalem, mieści powozy do przewozu chorych lub uległych przypadkowi, z pomiędzy których zasługują na wzmiankę przeznaczony do przewozu umysłowo-chorych i drugi do przewozu dotkniętych chorobami zakaźnemi, nosze do przenoszenia rannych w mieście i w polu, do znoszenia rannych z poddaszy i po

wąskich schodach, stół operacyjny oraz przyrządy ratunkowe itd. W téj grupie zasługuje daléj na uwagę wystawa Towarzystwa noszącego nazwę *Samariter Verein*, przez prof. Esmarcha przed rokiem założonego. Towarzystwo to założyło sobie szerzyć między nielekarzami wiadomości o udzielaniu pomocy na razie w nagłych przypadkach, — w krótkim przeciągu czasu swego istnienia napotkało z jednéj strony na licznych zwolenników ale z drugiéj strony i na przeciwników, którzy nie tylko po różnych dziennikach ale i na zeszłorocznym Zjeździe lekarzy i przyrodników niemieckich w Eisenach głos podnieśli. Czynione zarzuty zbił prof. Esmarch w zręczny a dosadny sposób w wykładzie, który miał w Berlinie w maju rb. Wystawa tego Towarzystwa mieści zbiór przyborów do nauki udzielania pomocy w nagłych przypadkach przed przybyciem lekarza oraz tablice i broszury tego przedmiotu dotyczące.

W grupie szesnastéj pomieszczono przedmioty odnoszące się do pieczy koło chorych. Widzimy tu łoża wszelkiego rodzaju, przyrządy do kąpieli, narzędzia lekarskie i chirurgiczne, sztuczne członki, przybory aptekarskie i przetwory farmaceutyczne, wody lekarskie, środki opatrunkowe itd. Rozmaitość pomieszczonych tu rzeczy przedstawiała sposobność do popisu dla licznych fabrykantów tych przedmiotów. Przeszło 80 fabrykantów wszelkiego rodzaju narzędzi, między tymi najsłynniejsze fabryki niemieckie, nadesłało swe wyroby, które dokładnością wyrobu i elegancyją zwracają uwagę lekarzy zwiedzających wystawę. Około obfitego także szeregu materacy, łóżek, stołków do użytku i do przewożenia chorych, wszelkich przyborów do pielęgnowania chorych, skupia się zawsze publiczność zwracając uwagę na przedmioty nie zawsze na to zasługujące. W wystawie środków opatrunkowych wzięło udział z górą 20 wystawców. Cały a tak obfity arsenał nowszych środków aseptycznych jest tu reprezentowany, nie tylko jodoform, tymol, hidrochinon, resorcyn, eucalyptol i gaza antyseptyczna znalazły tu miejsce, ale i wełna drzewna, piasek, kora topolowa, proszek drzewny, torf itd. Lekarz niebędący chirurgiem z zawodu nie może dostrzedz zalet pojedynczych tych środków, zwłaszcza, że należałoby je sądzić po otrzymanych wynikach na operowanych a temi środkami opatrywanych. Toż samo powiedzieć wypada o sztucznych członkach, również do téj grupy zaliczonych. Urządzenia apteczne i leki czynią nader przyjemne wrażenie na zwiedzającym, szczegółowsze jednak sprawozdanie z tego działu zajęłoby zanadto wiele miejsca; wspomnę więc tylko, że w całéj téj wystawie widać dążność do wydoskonalenia sposobów podawania środków lekarskich tak, aby chorym ułatwić zażywanie środków nieprzyjemnych, ztąd liczne okazy kapsułek, komprymowanych proszków Limousina, win leczniczych itd.

Na wzmiankę zasługują téż apteczki podręczne, domowe itd., mianowicie apteczka doraźna dla gmin o 1000 mieszkańców według układu prof. Esmarcha.

Niejako najazd wystawy przez wody mineralne był do przewidzenia, zdrojowiska najmniéj znane skorzystały ze sposobności przedstawienia się publiczności, któréj uwagę starały się na siebie zwrócić przez wystawy swych urządzeń i rozgłośne prospekta. — Cel jednak tych reklam został po większéj części chybiony. Dział ten, wprawdzie obfity, był na wystawie w znacznéj części zbytecznym, bo niektóre tylko z urządzeń zakładów zdrojowych mają związek z higijeną w ściślejszém znaczeniu.

Grupa siedmnasta obejmuje przedmioty odnoszące się do zdrowia w wojsku i w marynarce. Jest to może stosunkowo najobfitszy i najzupełniejszy dział wystawy, złożyły się nań nie tylko ministerstwa wojny różnych krajów (pruskie, austryjackie, bawarskie itd.) ale i różne Towarzystwa Czerwonego Krzyża, Zarządy różnych kolei, oraz Towarzystwa dla niesienia pomocy w wojnie. Przedmioty téj grupy znalazły pomieszczenie częścią pod gołém niebem, częścią pod łukami wiaduktu kolei miejskiéj, a częścią w osobnéj szopie, w któréj ustawiono różne wagony kolejowe przeznaczone dla przewozu rannych. Bardzo pokaźne stanowisko w tym dziale wystawy zajmują przedmioty z Austryi; odznacza się nie tylko wystawa austro-węgierskiego ministerstwa wojny, ale także i wystawy obu Towarzystw Czerwonego Krzyża oraz przedmioty wystawione przez niektórych lekarzy wojskowych armii austryjackiéj. — Wojna w Bośnii, kraju nader górzystym, przekonała, iż przewóz rannych z pola bitew, i tak zwykle trudny, napotyka w górach na nowe trudności i wymaga odmiennych przyrządów do przenoszenia i przewozu rannych od tych, jakiemi posługiwano się dotąd w czasie ostatnich wojen na płaszczyznach. Dział austryjacki obfituje téż w różnego rodzaju nosze do użytku w górach do przenoszenia rannych przez nosiarzy lub do transportu rannych na koniach lub mułach. Bardzo dobrze przedstawiają się wozy do przewozu rannych, wystawione przez austryjackie Towarzystwo Krzyża Czerwonego, wystawione zaś przez Tow. węgierskie, acz nie mniéj ładnie urządzone, zdają się jednak mniéj celowi odpowiedniemi, bo czynią wrażenie nader ciężkich.

Mimo ważności tego działu nie kuszę się o szczegółowy opis wystawionych przedmiotów, mógłby to uczynić jedynie lekarz, który przebył jakąś kampaniję, poznał praktycznie trudności przewozu rannych, taki bowiem mógłby ocenić, o ile w wystawionych ulepszonych okazach uniknięto wad dawniejszych środków przewozu rannych. Licznym téż jest szereg różnych namiotów, czy to do pomieszczenia pod niemi rannych czy téż w innych celach, są one z płótna nieprzemakalnego, z którego nawet wannę do użytku w czasie wojny przeznaczoną wystawił fabrykant Kalmus z Berlina. Na wzmiankę zasługuje przenośny szpital obejmujący oddzielne przestrzenie na 12 chorych, na kuchnię, na pokój dla pielęgniarki, na wychodek itd. wystawiony przez Dockera z Kopenhagi. Jest to rodzaj baraka z nieprzemakalnego filcu, który może być spakowanym do przewozu w jednę dużą skrzynię lub kilka mniejszych. Według podania wystawcy będzie bardzo trwałym i przetrwać może 25 lat, co obok innych wielkich jego zalet, jak łatwego przenoszenia, możliwości zaprowadzenia przewietrzania i opalania oraz taniości (ma kosztować tylko 3.400 franków), zjedna mu niewątpliwie wkrótce wziętość. Zarząd wojskowéj niemieckiéj marynarki wystawił okaz salki szpitalnéj na okręcie i apteczki okrętowéj. Wygoda, oszczędność miejsca a z drugiéj strony zasób potrzebnych środków i sprzętów uderzają każdego lekarza, umiejącego ocenić trudność pogodzenia tych trzech warunków.

Jak już wspomniałem, pod osobną szopą mieści się szereg wagonów kolejowych a to wystawionych z dwojakiego względu, jedne z powodu, iż przeznaczone są do przewozu rannych w czasie wojny, drugie dla okazania przyrządów do hamowania. W obec tego, że dziś taktyka wojenna polega na szybkich ruchach znacznych mas wojska, odwóz rannych i chorych do szpitali, zdala od teatru wojny położonych, nabrał wielkiego znaczenia a to tém bardziéj, że doświadczenie

okazało wybitne korzyści systemu rozpraszania chorych zamiast gromadzenia ich po szpitalach stałych czy czasowych. Odwóz ten jest możliwym jedynie przy pomocy gęstéj sieci kolei żelaznych. Przewożenie rannych odbywa się albo w umyślnie do tego przeznaczonych wagonach, albo téż w wagonach zwykłych do przewozu rannych, zastósowanych przez odpowiednie przeróbki. Urządzenie wagonów, przeznaczonych li tylko do przewozu rannych jest kosztowne, a po wielkich bitwach zachodzi potrzeba znacznych ich ilości; dla tego międzynarodowy Kongres higijeniczny, który się w Paryżu w r. 1878 odbył, oświadczył się za użyciem wagonów zwykłych do przewozu rannych, w razie potrzeby łatwo zastósować się dających. Mimo to na wystawie znajdują się li tylko wagony z góry do przewozu rannych przeznaczone. Urządzenie ich niczém nie różni się od małych szpitali, są we wszelkie potrzebne sprzęty zaopatrzone, opalane i przewietrzane. Jeżeli co, to jedynie znaczne nagromadzenie chorych nie zostające w stosunku ze szczupłością miejsca możnaby im zarzucić. (C. d. n.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka śmiertelności w Austryi. (Dok.) Jeżeli co do śmiertelności zwrócimy uwagę na pojedyńcze kraje koronne, to uwydatnią się następujące różnice:

Z braku sił żywotnych zmierały dzieci najbardziéj w latach 1873 i 1877, najmniéj w r. 1879. Względnie największa liczba dzieci umierających z braku sił żywotnych przypada w każdym roku na Bukowinę, Galicyję, Tryjest, Gorycyję i Gradyskę; przeciwnie zaś najmniejsza śmiertelność w tych latach przypada na Voralberg a mianowicie 104—114 przypadków śmierci na 100.000 mieszkańców.

Jeżeli zwrócimy uwagę na stołeczne miasta pojedyńczych krajów koronnych, to pomijając Tryjest najwięcéj dzieci z braku sił żywotnych umarło w Pradze, Bernie a przedewszystkiém w Czerniowcach. Uderzająco wielką jest cyfra dzieci zmarłych w Bernie bo aż 1.100 na 100.000 mieszkańców, a jeszcze więcéj zasługujący na uwagę stały wzrost śmiertelności z tego powodu w Czerniowcach tak, iż odpowiednia cyfra śmiertelności wzrosła tam o 60% w latach od r. 1873 do 1879, aby znów w r. 1880 obniżyć się o 25% od cyfry z roku poprzedniego. Nie mało przyczynia się do téj wielkiéj liczby dzieci umierajęcych z braku sił żywotnych ogromna cyfra corocznie rodzących się dzieci nieślubnych, bo dowiedzioném jest statystycznie, iż przy porodach nieślubnych jest śmiertelność dwa razy wyższą niż śmiertelność dzieci ślubnych.

Pomiędzy chorobami najbardziéj ludzkość trapiącemi zabierają choroby płucne (cierpienia narządów oddechowych) największą liczbę ofiar jak w innych krajach tak i w Austryi. Z gruźlicy umarła w r. 1878 największa liczba z pośród osób nią dotkniętych, gdy przeciwnie lata z wysoką ogólną śmiertelnością jak 1873 i 1874 wykazują najmniejszą liczbę zmarłych z téj choroby; należy tu jednak uwzględnić, ilu zmarłych z cholery lub innych epidemij mogło być gruźlicą dotkniętych a zmarli tylko rychléj z tych chorób zakaźnych, zanim powolnie rozwijająca się gruźlica kres ich życiu położyć zdołała. Choroba ta nie panuje jednakże z równą mocą we wszystkich miejscowościach, bo co się tyczy pojedyńczych krajów, to stosunek ten waha się między 246 zmarłych z 100.000 mieszkańców w Dalmacyi a 522 w dolnéj Austryi.

Najwyższe liczby zmarłych z téj choroby wykazują corocznie miasta Praga, Berno i Tryjest bo ze 100.000 mieszkańców zmarło na gruźlicę:

r.	1873	1874	1875	1876	1877	1878	1879	1880
w Tryjeście	469	469	545	538	488	554	526	519
w Pradze	925	855	972	1178	1307	1248	1149	1045
w Bernie	1044	963	1284	1181	1177	1246	1071	968.

Aczkolwiek w miastach umiera średnio z téj choroby dwa razy tyle co po wsiach, to mimo to nie można nie zwrócić uwagi na tę wielką śmiertelność w trzech wymienionych miastach. Uderzająco wielką jest śmiertelność w Tryjeście, wynosząca średnio 500 przypadków śmierci na 100.000 mieszkańców, a którą przedewszystkiém przypisywać wypada zimnym wiatrom północnym i nagłéj zmianie ciepłoty po upalnych skwarach; chociaż należy téż wziąść w rachubę, iż znaczna część umierających z suchót w Tryjeście nie pochodzi jedynie z tamtejszéj ludności, bo przy wielkim ruchu okrętów nie jeden majtek dostaje się na ląd, ażeby go już nigdy nie opuścić.

Liczba przypadków śmierci z chorób zapalnych przewodu oddechowego zwiększała się z roku na rok aż w r. 1878 dosięgła szczytu; w tym to roku bowiem dyfteryja wystąpiła epidemicznie i nie oszczędzała ani młodych ani starych. Jakkolwiek choroba ta i w ostatnich dwóch latach nie mało ofiar zabrała między starszemi i młodszemi dziećmi, to przecież liczba przypadków śmierci zmniejszyła się nieco od r. 1879.

Co się zaś tyczy pojedynczych krajów, to krup i dyfteryja wystąpiły najsrożéj na Bukowinie i w najbliżéj graniczących z nią powiatach Galicyi wschodniéj, tak że na Bukowinie w r. 1878 wypadło 2.162 przypadków śmierci na 100.000 mieszkańców (w r. 1879 już tylko 842 a w r. 1880 jedynie 345 przypadków) w graniczących powiatach Galicyi wschodniéj, w r. 1878 na 100.000 mieszkańców 1.145 przypadków śmierci (w r. 1879 tylko 731, a w r. 1880 tylko 263).

Co do innych chorób zapalnych narządów oddechowych to przez wszystkie lata Tryjest z okręgiem stoi na czele wszystkich krajów koronnych bo na 100.000 mieszkańców zmarło z tych chorób:

w roku	osób	w roku	osób
1873 . . .	477	1877 . . .	677
1874 . . .	513	1878 . . .	616
1875 . . .	580	1879 . . .	476
1876 . . .	552	1880 . . .	432

Gdy inne kraje w pojedynczych latach dosięgają zaledwie cyfry średniéj 300 do 262, przyczém nie należy zapominać, że już w r. 1876 zanotowano ze 100.000 mieszkańców Bukowiny 1.280 a w r. 1877 2.178 przypadków śmierci z tych chorób, z których największą liczbę przypisać wypada krupowi i dyfteryi, wówczas jeszcze osobno niewykazywanym. (*Union. Zeitschrift für Versicherungswesen* r. 1883, Nr. 40).

Statystyka epidemij. W tygodniu od 11—17 listopada umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 31,6. Z ospy umarło 1 (1 z. t.); z odry 0 (5 z. t.); z płonicy 4 (0 z. t.); z błonicy 1 (2 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 6 przypadkach płonicy, 5 odry, 2 błonicy, 3 krztuśca. W tygodniu od 3—10 listopada umarło z ospy w Londynie 2, leczyło się w szpitalach 41,, świeżo zapadło 6. W Wiedniu, Birmingham, Aleksandryi, St. Louis umarło po 1, w Warszawie, Madrycie, Filadelfii po 2, w Murcyi, Lizbonie, Nowym Orleanie po 3, w Paryżu 5, w Pradze 19, w Rio de Janeiro 75. Z duru osutkowego umarło w Saragosie 1, w Londynie i Madrasie po 2, w Murcyi 3. Z cholery umarło w Aleksandryi od 28 października do 3 listopada 34, w Bombayu od 3—9 października 12. Z febry żółtéj umarło od 1 do 15 października w Rio de Janeiro 3.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 3—10 listopada umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 29,3; we Lwowie 26,0; w Warszawie 27,8; w Poznaniu 21,4; w Wiedniu 21,8; w Budapeszcie 24,4; w Pradze 31,6; w Berlinie 24,9; we Wrocławiu 24,5; w Hamburgu 24,0; w Mnichowie 26,9; w Lipsku 22,1; w Dreźnie 28,1; w Bazylei 15,1; w Brukseli 22,8; w Amsterdamie 24,1; w Hadze 17,9; w Paryżu 22,3; w Londynie 20,5; w Kopenhadze 16,9; w Stokholmie 24,4; w Chrystyjanii 14,5; w Petersburgu 24,2; w Odesie 34,4; w Rzymie 24,5; w Wenecyi 21,2; w Bukareszcie 22,6; w Madrycie 29,4; w Lizbonie 23,7, w Aleksandryi 46,4; w Nowym Jorku 22,6; w Filadelfii 20,8; w Rio de Janeiro 44,8; w Bombayu 21,8. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 29 listopada. Z Wiednia dochodzi nas wiadomość, że rektor Uniwersytetu, prof. histologii Wedl, zrezygnował z godności swojéj. Powodem do kroku tak niezwykłego były demonstracyje studentów przeciw zeszłorocznemu rektorowi

prof. prawa kanonicznego Maassenowi i wynikłe ztąd następstwa. Jeżeli Wedl nie cofnie rezygnacyi, według ustawy obowiązki rektora pełnić będzie przez rok cały prorektor, a tym właśnie jest prof. Maassen.

* **Wieden.** Encyklopedyja Eulenburga przełożoną zostaje na język rosyjski pod redakcyją prof. Cyona w Petersburgu, a na język włoski pod kierunkiem Dra Pasqualego w Neapolu.

W sobotę d. 24 bm. odbyło się nadzwyczajne posiedzenie Wydziału lekarskiego z powodu polecenia Ministerstwa oświecenia, aby Wydział przedstawił trzech kandydatów na drugą katedrę anatomii opisowéj. Wiadomo, że na posiedzeniu zeszłym Wydział znaczną większością uchwalił, że na teraz nie zachodzi potrzeba mianowania 2go profesora anatomii. Zaledwie atoli uchwała doszła Ministerstwa, władza ta najwyższa z niezwykłą szybkością rozstrzygnęła kwestyję w sposób wprost przeciwny i nie wdając się wcale zasadniczo w rzecz zażądało przedstawienia kandydatów na drugą katedrę, dodając, że i budowa zakładu anatomiczno-fizyjologicznego nie długo da na siebie czekać. Celem zastanowienia się nad kandydatami przedstawić się mającemi Wydział obrał Komisyję, w skład któréj wchodzą proff. Billroth, Brücke, Langer, Albert i Kundrat. Prof. Langer pozostaje nadal referentem Wydziałów lekarskich w Ministerstwie.

Na témże posiedzeniu Wydział zgodził się jednogłośnie na przypuszczenie do docentury okulistyki Dra S. Kleina, a odrzucił prawie jednogłośnie wniosek czyniony przez prof. Arlta przed usunięciem się z Wydziału, aby docenta Dra Reussa przedstawiono do nominacyi na profesora nadzwyczajnego.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin.** Du Bois Reymond mianowany został członkiem honorowym Akademii petersburskiéj oraz Uniwersytetów w Aberdeen, Glasgowie i Upsali.— **Bonn.** Docent prywatny Dr. Ribbert mianowany prof. nadzw.— **Zurych.** Prof. Leube z Erlangi powołany został na katedrę patologii i terapii wewn., opróżnioną w skutek rezygnacyi Huguenina.—**Paryż.** Charcot wybrany został członkiem Akademii Umiejętn. 46 głosami przeciw 12, które otrzymał Sappey. — **Królewiec.** Prof. Dohrn mianowany został tajnym radcą lekarskim.

* **Wiadomości osobowe.** Mianowani zostali w korpusie oficerskim obrony krajowéj: lekarzem batalijonowym z rangą lekarza pułkowego 1éj kl. Dr. Szymon Kohner (w batalijonie krośnieńskim Nr. 58) i Dr. Wiktor Łodziński (w b. przemyskim Nr. 59); lekarzami batalijonowemi z rangą lekarzy pułkowych 2giéj kl.: Dr. Jan Wiktor (w b. nowosądeckim Nr. 60), Dr. Melech Teitelbaum (w b. kołomyjskim Nr. 66), Dr. Tytus Wasylewski (w b. krakowskim Nr. 52) i Dr. Jan Skomorowski (w b. sanockim Nr. 57); lekarzem batalijonowym z rangą lekarza starszego Dr. Leon Jakliński (w b. tarnowskim Nr. 53), wreszcie lekarzem asystentem z rangą porucznika Dr. Jakób Plessner (w b. wadowickim Nr. 60).

* **Nekrologija.** D. 13 listopada umarł w N. Yorku znakomity ginekolog amerykański Marion Sims. Urodził on się d. 25 stycznia 1813 r. w Lancaster w stanie Karoliny południowéj, nauki lekarskie ukończył w Filadelfii, w r. 1836 osiadł jako lekarz praktyczny w Montgomery i odrazu zwrócił uwagę swoją na przetoki pęcherzowo-pochwowe, zdarzające się bardzo często u kobiet tamecznych. Mając już sławę biegłego operatora przeniósł się S. w r. 1853 do N. Yorku, gdzie założył szpital dla kobiet. Podczas wojny domowéj udał się do Europy i bawił jakiś czas w Londynie, gdzie wydał w r. 1865 pracę swoją o chirurgiczném leczeniu chorób macicznych. Kilkakrotnie jeszcze późniéj zwiedził rozmaite kraje europejskie, jak w r. 1870 Francyję biorąc udział w ambulansie angielsko-amerykańskim, w r. 1878 bawił jakiś czas we Wiedniu, a na ostatnim Zjeździe lekarskim międzynarodowym w Londynie doczekał się hucznéj owacyi ze strony lekarzy.

W Warszawie umarł Dr. Edward Brüner licząc lat 72.— W Monachijum umarł Dr. Graf, radca lekarski i lekarz przyboczny królewski w 83 roku życia.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 47: Mikulicza: Wgłobienie i wypadnięcie jelita grubego przez kiszkę stolcową, wycięcie kawałka jelita 76cm. długiego, wyleczenie; Nussbauma: Rola ciał białkowatych w przeróbce materyi. W *Medycynie* Nr. 47: Misiewicza: Rozpoznawanie i leczenie zapaleń cewki męskiéj i pęcherza moczowego (c. d.).

Piśmiennictwo lekarskie. HUTINEL V. Étude sur la convalescence et les rechutes de la fièvre typhoïde. 8 Paris, Delahaye et L. Fr. 4.

KAYSER Heinr. Lehrbuch der Spektralanalyse. Mit 87 Holzschn. u. 9 Taf. gr. 8. Berlin, Springer. M. 10.

KRAFFT-EBING R. v. Lehrbuch der Psychiatrie auf klinischer Grundlage. 2 Bde. 2 Aufl. gr. 8. Stuttgart, Enke. M. 15,

LANCEREAUX E. et L. GAUTIER. Paralyses toxiques et syphilis cérébrales Av. 14. fig. 8. Paris, Delahaye et L. Fr. 2½.

LAKER Carl. Studien üb. d. Blutscheibchen u. den angeblichen Zerfall der weissen Blutkörperchen bei der Blutgerinnung. Mit 1 Taf. Lex.-8. Wien. Gerold's Sohn. M. 90.

LÉPINE R. Die acute lobäre Pneumonie. A. d. Franz übers. v. K. Bettelheim. gr. 8. Wien. Toeplitz et D. M. 5.

LEWIN L. Ueb. d. Resorptionsvermögen der Haut insbesondere f. Bleiverbindungen. Vortrag. gr. 8. Berlin, Grosser. M. 50.

MAURIAC C. Leçons sur les maladies vénériennes. Paris. J. B. Baillière et fils. Fr. 18.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę **dnia 5go grudnia b. r. o godzinie 6éj wieczorem** w Sali Akademii Umiejętności zwyczajne posiedzenie, na którém po załatwieniu spraw z poprzedniego posiedzenia pozostałych kol. Blumenstok poda kilka spostrzeżeń z praktyki sądowolekarskiéj.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 83.

Ogłoszenie.

W porozumieniu z Wnym Panem Bonifacym Stillerem uchwaliła Rada Zawiadowcza Towarzystwa lekarzy galicyjskich wydzierżawić zdrojowisko Morszyn na przeciąg kilku lat.

Dzierżawa ta może według umowy obejmować jedynie Zakład zdrojowy wraz z całém urządzeniem, albo też Zakład wraz z folwarkiem z całym inwentarzem żywym i martwym, z propinacyją lub bez téjże. Jedynie wyklucza się od dzierżawy prawo wysyłki wody gorzkiéj z Morszyna, oraz wyrób i rozsyłkę soli gorzkiéj i ługów z wód morszynskich.

Pożądaném byłoby, gdyby tę dzierżawę objął lekarz.

Po bliższe szczegóły należy się zgłosić do Wgo Stillera w Morszynie.

Z Rady Zawiadowczéj Tow. lekarzy galic.

Lwów 20 Listopada 1883.

Dr. Merunowicz sekretarz. *Dr. Hoszard*

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla

P-zegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 8 grudnia 1883. **№ 49.** Rok XXII.

I. Przyczynek do techniki operacyjnéj i następowego leczenia raka migdałków.

Podał prof. J. **Mikulicz** w Krakowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 48).

W pierwszych dniach ciepłota była tylko raz nieznacznie podwyższona, tętno przyspieszone aż do 100 uderzeń. Ponieważ chora tylko z trudnością mogła połykać, żywiono ją codziennie 4—5 razy wyłącznie za pomocą sondy. Profilaktycznie podawano jéj w pierwszych dniach *infusum ipecac*. Po każdém jedzeniu i oprócz tego jeszcze od czasu do czasu wydalano śluz nagromadzony w jamie ustnéj i połykowéj za pomocą tamponów z waty. 6go dnia tampony stały się nieco ruchome i zastąpiono je nowemi. Następnego dnia okazywała chora niepokój przy stanie zresztą zupełnie dobrym. Ponieważ ten stan i następnego dnia się utrzymywał i lękano się zatrucia jodoformem, przeto zastąpił Dr. W e h r gazę jodoformową 30-procentową 10-procentową. 7/6 trzecia zmiana opatrunku. 13/6 cała rana czysto granulowała, odświeżono zewnętrzne brzegi rany na rozległości 1cm. i zeszyto. 20/6 rana zewnętrzna zupełnie zagojona a 21/6 opuściła chora mieszkanie Dra W e h r a, gdyż już od tygodnia sama przyjmowała najrozmaitszego rodzaju pokarmy. 2/7 także w połyku rana zabliźniona, a ruchy szczęki prawie normalne.

24/11 b. r. a więc prawie w 6 miesięcy po operacyi sam odwiedziłem pacyjentkę we Lwowie. Była ona zupełnie zdrową, lepiéj odżywioną, niż przed operacyją, bez śladu recydywy. W miejscu rany operacyjnéj widać bliznę linijową na 7cm. długą, wciągniętą ku wewnątrz, a w miejscu wyciętéj kości znajduje się tkanina prawie chrząstkowata. Ruchy szczęki całkiem swobodne, również i połykanie jakotéż i mowa. Blizna w połyku zupełnie gładka, niebolesna.

Mój sposób postępowania ma swoje zalety i wady. Nie przeczę, że resekcyja gałęzi szczęki dolnéj pozostawia trwałe zniekształcenie i że tymczasowe przepiłowanie szczęki dolnéj podług L a n g e n b e c k a przedstawia idealną drogę do odsłonięcia migdałków. Po bliższém zastanowieniu się trzeba jednak przyznać, że chorzy z rozległym rakiem migdałków nie wiele tracą przez utratę ramienia szczęki dolnéj. Przedewszystkiém trzeba zważyć, że po ubytku obejmującym podniebienie miękkie i korzeń języka następowe skurczenie się blizny może upośledzić ruchomość zupełnie utrzymanéj szczęki, co w przypadkach wycięcia gałęzi wcale nie ma miejsca. Jeżeli się zresztą weźmie na uwagę, że po tymczasowém przepiłowaniu szczęki dolnéj już to w skutek nekrozy płaszczyzn przepiłowania, już téż to w skutek dyslokacyi oba szeregi zębów nie stoją ściśle w jednéj linii, w skutek czego cierpi możność używania szczęki, to nie będzie się przywięzywać zbyt wielkiéj wagi do upośledzenia funkcyi gałęzi pozostającéj po resekcyi. Ponieważ przyczepienie mm. żwacza i skrzydlastego wew. po części pozostaje utrzymane, to nawet dość silne ruchy żujące będą możliwe.

Większe może znaczenie ma brak téj części kości pod względem kosmetycznym. Późniéjsze doświadczenia na trupie przekonały mnie zresztą, że można jeszcze utrzymać o 2 lub 3cm. więcéj ze szczęki dolnéj aniżeli to miało miejsce w moim przypadku, bez utrudnienia przystępu do bocznéj ściany połyku. Wystarczy przepiłować gałąź szczęki dolnéj o 1cm. powyżéj kąta w kierunku poprzecznym. Po wyłuszczeniu gałęzi szczęki można i w takim razie uzyskać dość miejsca, jeżeli się trzon szczęki mocno odciąga, a brzegi rany mocno roztwiera. Oszczędność ta zaleca się nietylko ze względów kosmetycznych ale i czynnościowych, gdyż przyczepienia mm. żwacza i skrzydłatego wewnętrznego prawie w całości pozostają utrzymane.

Gdyby mi się przeto nadarzył podobny przypadek, to operowałbym w następujący sposób: Cięcie podłużne poczynające się od wyrostka sutkowego i przebiegające w kierunku skośnym do wielkiego rogu kości gnykowéj. Po warstwowém

przecięciu części miękkich (po części także gruczołu przyusznego) odsłania się od tyłu brzeg szczęki dolnéj (nerw twarzowy należy ocalić). Teraz oddziela się za pomocą raspatoryjum okostną zarówno od zewnętrznéj jak i wewnętrznéj powierzchni gałęzi szczęki a mianowicie ku górze, o ile można jak najwyżéj, ku dołowi zaś tylko do uczepienia mm. żwacza i skrzydlastego wew. Następnie przepiłowuje się gałąź szczęki o $^1/_2$ lub 1cm. powyżéj kąta szczęki, przecina ścięgno mięśnia skroniowego i wyłuszcza wreszcie gałąź szczęki. Za pomocą haka założonego na płaszczyznę przepiłowania pociąga się całą szczękę mocno ku dołowi i ku przodowi, a za pomocą innych dwóch szerokich haków odsuwa się z jednéj strony mm. żwacz i skrzydlasty wew. ku przodowi, a z drugiéj strony mięsień mostko- obojczykosutkowy wraz z leżącemi w głębi mm. dwubrzusznym i rylco-gnykowym ku tyłowi. Dno rany odpowiada wtedy dokładnie miejscu, w którém leży migdałek. Jeżeli się teraz przetnie boczną ścianę połyku, to uzyskuje się bezpośredni przystęp do łuków podniebiennych, do korzenia języka i do tylnéj ściany połyku aż do jamy nosopołykowéj. Jeżeli się jeszcze przetnie m. dwubrzuszny, to można się dostać aż do wejścia do krtani.

Co się tyczy właściwych korzyści tego sposobu operowania, to upatruję je przedewszystkiém w tém, że można zupełnie wolno odsłonić boczną ścianę połyku od z e w n ą t r z i całą operacyję prawie aż do końca wykonać b e z o t w a r c i a j a m y u s t n é j i p o ł y k o w é j i dla tego właśnie zaleciłbym ten sposób do naśladowania. Można tak wykonać operacyję z największym spokojem w głębokiéj narkozie, zatamować najdokładniéj krwotok, oznaczyć całkiem dokładnie granice części schorzałéj i uniknąć z łatwością nadwerężenia większych naczyń i nerwów. Ponieważ nic prawie krwi nie dostaje się do połyku, przeto i tracheotomija zapobiegawcza wraz z wytamponowaniem krtani s t a j e s i ę z b y t e c z n ą, a jestto zapewne nie najmniejszą zaletą téj metody. Zresztą jestto także rzeczą bardzo ważną ze względu na leczenie następowe, że się utrzymuje wolną komunikacyję pomiędzy raną w połyku i raną zewnętrzną; dozwala ona z u p e ł n e g o w y t a m p o n o w a n i a c a ł é j j a m y r a n y g a z ą j o d o f o r m o w ą i zapewnia aseptyczny przebieg rany w połyku, co znów jest najlepszym środkiem ochronnym przeciw zapaleniu płuc, powstałemu z połykania wydzieliny. Że ranę zewnętrzną późniéj trzeba na nowo zespajać, to w obec przytoczonych korzyści nie może uchodzić za wielką wadę.

Gdyby doświadczenie potwierdziło zdanie, że na téj drodze wyłuszczenie obrzęków migdałkowych staje się mniéj niebezpieczne a zarazem części schorzałe z większą pewnością dadzą się doszczętnie usunąć, to zrównoważyłyby te korzyści aż nadto dostatecznie jedyną znaczniejszą niekorzyść, polegającą na wyłuszczeniu gałęzi szczęki dolnéj.

II. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

Przyczynek do nauki o samoistném znużeniu serca.

(Znaczny przerost serca, rozległa zakrzepica żylna).

Skreślił Dr. Alfred Wolfram.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 48).

Przypadki F r a e n t z l a również nie mogą tutaj wchodzić bardzo w rachubę, a to z tego powodu, że w wielu razach obok przerostu serca istniała w tętnicach znaczniejsza miażdżyca. Jakkolwiek autor ten obie te sprawy chorobowe uważa jako spółrzędne, nie mniéj jednak jego przypadki tracą znacznie na wartości, skoro nie złożył bezwzględnie ścisłego dowodu na poparcie zdania, jakie głosi, że przerost serca w żadnym stosunku zależności z miażdżycą tętnic nie pozostaje.

Twierdzenie akuszerów francuskich, jakoby każda ciąża pociągała za sobą przemijający przerost serca, nie mogło sobie zdobyć uznania w Niemczech, gdzie powiększone stłumienie serca w takich razach tłumaczą wysokiém ustawieniem przepony, w skutek czego serce na znaczniejszéj przestrzeni przylega do klatki piersiowéj. Wyniki, do jakich doszedł D u r o z i e z przez opukiwanie serca ciężarnych, wtedy też tylko istotną wartość mieć by mogły, gdyby równocześnie sekcyja potwierdziła rozpoznanie, za życia uczynione.

Spostrzeżenia D a C o s t y, jakkolwiek poparte szeregiem bardzo licznych i na pozór przekonywających przypadków, tracą na swéj doniosłości, gdy się zważy, że autor ten nie widział niemal żadnego takiego przypadku ze zejściem śmiertelném. Jakkolwiek dla niego przerost taki jest faktem, niemogącym podlegać żadnéj wątpliwości, przecież mimowoli nasuwa się podejrzenie, ażali zawsze rozpoznanie za życia zrobione było prawdziwém? Podejrzenie to témwięcéj staje się uzasadnionem, gdy się zważy, że właśnie autorowie ci, którzy mieli sposobność stwierdzania podobnych rozpoznań po śmierci, w przeważającéj części przypadków dla przerostu serca wykazać mogli dostateczną podstawę anatomiczną. I tak V a n d e r B y l (*Ueberanstr. d. Herzens* str. 137) na 70 przypadków rozpoznanego za życia samoistnego przerostu serca znalazł na stole sekcyjnym tylko ośm z całkiem zdrowemi zastawkami, w innych zaś 40 przypadkach nie odszukał ani jednego, któryby w powyższém znaczeniu tłumaczyć należało.

Również i przypadki S e i t z a nie wszystkie tak są czyste, aby mogły być wolne od wszelkiego zarzutu. Jak z protokołów sekcyjnych wnosić należy, zapalenie wsierdzia ścienne towarzyszyło w nich nieraz przerostowi serca, bądź to w postaci ograniczonych zgrubień i zmętnień na osierdziu i wsierdziu ściennem, bądź téż nieznacznych skróceń nitek ścięgnistych i włóknistych zwyrodnień mięśni brodawkowych.

Tak więc zdaje mi się nie ulegać wątpliwości, że znaczną część przypadków przerostu serca na tle zboczeń czynnościowych, które jako takie w literaturze przytaczają, z téj grupy chorób sercowych wyłączyć należy. Pozostała liczba uprawnia co najwyżéj do przypuszczenia, że p r z e r o s t s a m o i s t n y n a l e ż y d o b a r d z o r z a d k i c h z b o c z e ń c h o r o b o w y c h. Lecz i w przypadkach na pozór zupełnie wolnych od zarzutu należy być nader przezornym, i nie spieszyć się z wygłoszeniem stanowczego zdania. Jedynie jak najdokładniejsze badanie drobnowidowe mięśnia sercowego, zwojów i pierwocin nerwowych w nim rozmieszczonych, stanowczą w téj mierze może dać odpowiedź.

Jakkolwiek przypadek, który opisać zamierzam, nie czyni zadość wszystkim tym wymogom już z tego względu, że przy sekcyi nie uwzględniono badania drobnowidowego przyrządu nerwowego, który zaopatruje serce, nie mniéj stanowić on może przyczynek do nauki o samoistnym przeroście serca w znaczeniu powyżéj określoném, a u klinicysty obudzić większe zajęcie, choćby ze względu na zbiór objawów klinicznych, za życia spostrzeganych, i na cały przebieg choroby.

W y w i a d y: Dnia 7 stycznia bieżącego roku przeniesioną została ze szpitala św. Łazarza do kliniki Maryja Fiszerowa, 47-letnia wdowa po urzędniku, zajmująca się od lat kilku szyciem na maszynie ręcznéj. Chora ta, wyszedłszy

w 16 roku życia za mąż, przebyła 10 bardzo ciężkich porodów, cztery razy zapalenie płuc, a przed pięciu laty podobno dur brzuszny. Mimo to przyszedłszy po ostatniéj chorobie do sił cieszyła się względnie dobrém zdrowiem, albowiem wyjąwszy niezbyt dokuczliwe i częste napady duszności, które występowały zwłaszcza przy cięższém zajęciu fizyczném, na żadne inne przypady chorobowe się nie użalała. Dopiero w październiku przeszłego roku stan jéj znacznie się pogorszył, duszność zwiększyła się, a nadto pojawiło się silne bicie serca, i gwałtowne napadowo występujące bóle w jego okolicy. Do objawów tych dołączyła się niebawem mierna opuchlina brzucha i odnóg dolnych, a wszelkie zajęcie fizyczne stało się dla niéj niemożliwém, tak że w końcu czuła się zmuszoną szukać pomocy lekarskiéj.

Stan obecny, jaki nam się dnia 11 stycznia przedstawił, był następujący: Osoba wzrostu słusznego, dobrze odżywiona. Skóra i błony śluzowe badaniu przystępne blade, oba policzki żywo zaczerwienione, szyja prawidłowo długa, żyły szyjne zachowują się prawidłowo, obie tętnice dogłowowe tętnią dosyć wyraźnie.

Klatka piersiowa dosyć długa, ku dołowi więcéj wysklepiona niż w górze, oddech nasilony, z torem przeważnie obojczykowym; przy ruchach oddechowych strona lewa lepiéj się porusza, aniżeli prawa.

Obmacanie potwierdza wyniki oglądania, a nadto stwierdza, że drżenie klatki piersiowéj, zwłaszcza z przodu, jest po stronie prawéj wyraźniejsze, niż po stronie lewéj.

Wypuk ponad płucami wykazuje obniżenie ich granic w miernym stopniu; po stronie prawéj z przodu, od szczytu do 4go żebra, jako téż z tyłu od góry do połowy łopatki jest wyraźnie przytłumiono-bębenkowy, poniżéj jawny. Ponad całą lewą połową klatki piersiowéj z przodu, jakotéż z tyłu od szczytu do dolnego kąta łopatki jawny, poniżéj zaś jakotéż w linii pachowéj w dole nieco przytłumiono-bębenkowy.

Ponad miejscami przytłumienia po stronie prawéj wdech nieoznaczony, wydech mocno przedłużony, oba pokryte dość obfitemi, drobnemi, równobańkowemi rzężeniami. Z tyłu na miejscu największego stłumienia na wewnątrz od górnego kąta łopatki wdech i wydech oskrzelowy i bardzo liczne trzeszczenia. Po stronie lewéj w dole, jakotéż z tyłu poniżéj dolnego kąta łopatki wyraźne tarcie opłucnowe, ponad miejscami przytłumienia dość obfite trzeszczenia. Ponad resztą płuc szmery prawidłowe, tylko wdech jest więcéj szorstki, a wydech nieco wyraźniéj słyszalny.

Kaszel częsty. Plwociny w dość obfitéj ilości, lepkie, ciągnące się, po największéj części bezpowietrzne, rdzawe, lub tylko z żyłkami krwi pomięszane.

Uderzenie końca serca w 6 przestworze międzyżebrowym rozlane, najlepiéj jeszcze wyczuwalne w przedniéj lewéj linii pachowéj, mało oporne, dosyć chybkie i regularne. Wstrząśnienie serca słabe, najwyraźniejsze jeszcze w drugiém i trzeciém lewém międzyżebrzu, jakotéż w dołku podsercowym.

Stłumienie względne serca powiększone tak w wymiarze osiowym jak i poprzecznym. Górna jego granica poczyna się w linii przymostkowéj lewéj na dolnym brzegu trzeciego, w linii sutkowéj lewéj na górnym brzegu czwartego żebra; brzeg prawy przekracza nieco liniję środkową mostka, lewy w kształcie łuku przechodzi liniję sutkową mniéj więcéj na odległość $1\frac{1}{2}$cm. i zlewa się w przedniéj linii pachowéj z uderzeniem końca serca. Dolna granica przechodzi bezpośrednio w stłumienie ponad wątrobą i nie daje się dokładnie oznaczyć. Całe stłumienie serca przedstawia się w kształcie owalu, którego wymiar osiowy, cyrklem zmierzony, wynosi 10cm., poprzeczny 8cm.

Nad uderzeniem końca serca dwa głuche tony, z których pierwszy słabszy i więcéj rozlany, drugi nieco silniejszy i więcéj ograniczony, oba bez przymieszki szmeru, słyszalne również nieco na zewnątrz od uderzenia końca serca. Nad tętnicą płucną i główną również po dwa tony, z których rozkurczowy nad tętnicą płucną zaostrzony, nad aortą dosyć głośny. Ponad całém stłumieniem serca nigdzie szmeru wysłuchać nie można. Nad podstawą serca rytm cwałowy. Tętnice obwodowe sprężyste, słabo wypełnione. Tętno po obu stronach równoczesne, jednako silne, dosyć częste, liczy bowiem 104 uderzeń na minutę, daje się łatwo ugnieść i jest regularne. W tętnicach dogłowowych ton rozkurczowy. Ciepłota miernie podniesiona.

Łaknienie upośledzone, język obłożony, stolec nieregularny, zazwyczaj wolny, niekiedy zaparty. Brzuch skutkiem nieznacznego przesięku surowiczego miernie wypięty; wątroba w granicach prawidłowych, śledziona powiększona, macalna, przy dotyku bolesna.

Mocz wysycony, skąpy, oddziaływania kwaśnego, o dosyć wysokim ciężarze gatunkowym, zawiera nieznaczną tylko ilość białka. Wałeczków w osadzie wykazać nie można.

W narządzie rodnym wyraźniejszych zboczeń nie zdołano wyśledzić.

Staw nadgarstkowy prawy obrzmiały, bolesny, ciepłota nad nim podniesiona.

Odnogi dolne obrzmiałe, lewa znacznie więcéj aniżeli prawa. Na odnodze lewéj największy obrzęk wzdłuż przebiegu naczyń żylnych, mianowicie na wewnętrznéj i tylnéj powierzchni uda. Skóra na tém miejscu jest najwięcéj napięta, obrzęk skutkiem tego twardy i bardzo bolesny, a bliższe badanie samychże żył niemożebne. O ile w ogóle stwierdzić się daje, postronkowatego stwardnienia wzdłuż przebiegu żył wykazać nie można. Ciepłota miejscowa, szczególniéj po wewnętrznéj stronie uda, nieco podniesiona, żyły podskórne nierozszerzone. Odnoga ta jest siedliskiem bardzo często się powtarzających bólów, które szczególniéj przez ucisk wzdłuż przebiegu żył, jakotéż przy zmienianiu położenia bardzo się potęgują, i nietylko choréj odbierają sen, ale wpływają także niekorzystnie na sferę psychiczną.

W narządzie nerwowym prócz nierównego rozszerzenia źrenic, które po stronie lewéj jest znaczniejsze niż po stronie prawéj, zresztą nic szczególnego wykazać nie można. Usposobienie psychiczne choréj jest bardzo zmienne, jest ona naprzemian rozdrażniona i płaczliwa, to znowu przygnębiona i smutna.

Chora znajdowała się w obserwacyi klinicznéj przez dni 41, a w czasie tym **dalszy przebieg choroby** był następujący:

Zmiany przedmiotowe w obu płucach ustępowały zwolna, zachowując przytém tę samą kolejność, w jakiéj się pojawiały, zarówno z niemi zmniejszał się i kaszel, podobnie jak i kłócie, a plwociny stawały się skąpsze, coraz mniej krwawe i lepkie. Zupełnie podobne nawroty sprawy chorobowéj w płucach pojawiały się częściéj wśród obserwacyi, zawsze spółcześnie z przemijającém podniesieniem się ciepłoty, a niekiedy i uczuciem zimna. Przebieg zawsze był ten sam, pomyślny. Ostatni nawrót choroby wystąpił 14go

lutego i trwał aż do śmierci. Różnił on się od poprzednich o tyle, że do zmian przedmiotowych w samémże płucu dołączyło się wypocinowe zapalenie opłucny po stronie lewéj, jak to na podstawie stłumionego wypuku w dolnych częściach, osłabionych tamże szmerów i wyraźnie słyszalnego tarcia wnosić należało. Gorączka dotychczas nieznaczna i wkrótce przemijająca, zwiększyła się widocznie, przyjęła tor zwolniający, zazwyczaj jednak nie przekraczała 39°C. Uderzenie końca serca pozostało wśród całéj obserwacyi klinicznéj rozlane, mało oporne, nigdy nawet pod wpływem podawania leków podniecających i skrzepiających, nie podnoszące wyraźnie mięśnia sercowego. Przy obmacywaniu okolicy serca nie spostrzeżono nigdy żadnego tętnienia ponad trzonem mostka lub w jego pobliżu, nie stwierdzono żadnych szmerów jakiegokolwiek rodzaju. Stłumienie serca powiększało się coraz wyraźniéj zarówno w poprzecznym jak i w osiowym wymiarze, tak że w końcu prawa granica sięgała na 2cm. na zewnątrz od linii przymostkowéj prawéj, a górna poczynała się na górnym brzegu trzeciego żebra. Brzeg lewy zarowno jak i dolna granica nie uległy prawie żadnéj zmianie. Tony sercowe pozostały przez cały czas słabe, głuche, szczególniéj głuchym i rozlanym był zawsze ton skurczowy nad uderzeniem końcowém. Dnia 23 stycznia dołączył się po raz pierwszy do tego tonu słaby szmer chuchający, ściśle skurczowy i do uderzenia końcowego ograniczony, albowiem na zewnątrz od niego dały się wysłuchać tylko dwa tony. Szmer ten z jednakiém zawsze nasileniem trwał tylko kilka dni, poczém zniknął bezpowrotnie. Towarzyszył mu lekki stan podgorączkowy, który jednak można było tłumaczyć sprawą chorobową, toczącą się równocześnie w płucach. Natomiast niedomoga serca w tym czasie się zwiększyła, tętno jakkolwiek nigdy poprzednio dobrze niewypełnione, przecież w tym okresie stało się nitkowate i więcéj przyspieszone, objawy zastoju w nerkach wystąpiły wyraźniéj, ilość białka w moczu się powiększyła. Zresztą ponad całą okolicą serca jakoteż ponad trzonem mostka i w tętnicach dogłowowych nigdy szmeru wysłuchać się nie udało.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III. Kazuistyka lekarska w Turcyi.

Zebrał Dr. W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 46).

Przebieg duru u chorych obserwowanych w Trebizondzie był nieco odmiennym od opisanego wyżéj. Dzięki znośniejszym warunkom higijenicznym i umieszczeniu chorych w barakach, zbudowanych za miastem przy starożytnych ruinach kościoła św. Zofii, pojawy właściwe cierpieniu były nieco łagodniejsze. Gorączka dochodziła stale do 39·1°C. Czas trwania choroby nie bywał dłuższy nad cztery tygodnie. Co zaś do towarzyszących powikłań to spostrzeżono tu tylko stałe występowanie zapalenia oskrzeli, nigdy nie maskujące sobą głównéj choroby i zwykle dość łagodne. W ośmiu przypadkach nastąpiło zapalenie otrzewny, kończące się zawsze nieszczęśliwie. Reszcie przypadków towarzyszyło zapalenie błony śluzowéj przewodu słuchowego, niekiedy róża, żadnego jednak nie mieliśmy przypadku powikłanego z krwotokiem lub zapaleniem gruczołu przyusznego. Jestto więc dość przekonywający dowód, że na siłę duru, jego przebieg i wystąpienie więcéj lub mniéj ciężkich powikłań, niezaprzeczenie wpływa znośna higijena, jak również odosobnienie chorych od innych.

Gdy wreszcie uwzględnimy przypadki duru spostrzegane w Stambule, to przekonamy się, że tutaj chorzy leczeni w szpitalach byli daleko szczęśliwsi od leczonych w mieście. Przypisać to należy samemu położeniu niektórych z tutejszych zakładów leczniczych, zbudowanych pośród ogrodów, posiadających sale dla chorych obszerne, jasne, i którym nie brak zasobu czystego powietrza, a niemniéj także wypada uwzględnić i rutynowy, trochę może pedantyczny, sposób leczenia, łatwy do przeprowadzenia tylko w szpitalach. Chorzy w szpitalach wojskowych pochodzili częścią z garnizonu miejscowego lub okolicznych posterunków, a w czasie ostatniéj wojny przywożono ich z rozmaitych punktów podwójnego teatru walki. Spostrzegane przypadki przedstawiały niejednakową siłę. U miejscowych chorych cechą groźnych form duru były zapalenia płuc i opłucnéj, po upływie których w $1/_6$ przypadków przyłączało się stale zapalenie gruczołu przyusznego, róża i wysypka skórna (*ecthyma*). Chorzy zaś przywożeni z prowincyj, po przebyciu pewnego czasu w szpitalach polowych, przedstawiali zwykle stan bardzo opłakany. Wysokiemu stopniowi wyniszczenia i upadku sił towarzyszyło zawsze zaniedbane zapalenie oskrzeli, z niemniéj przykremi odleżynami, często tak obszernemi i głębokiemi, że zaradzić im było rzeczą bardzo trudną. Jednakże w całéj liczbie chorych dotniętych durem i obserwowanych tak osobiście jak i leczonych w szpitalach wojskowych przez innych kolegów śmiertelność w stosunku do innych miejscowości była bardzo nieznaczną, podczas gdy przypadki leczone w mieście bez wyjątku przedstawiając najgroźniejsze powikłania z nic nieznaczącym wyjątkiem wszystkie miały niepomyślne zejście. Dodam jeszcze i to, że przebieg duru u chorych w mieście bywa daleko prędszy, występujące powikłania liczniejsze, i siła ich rozwoju zawsze zabójcza. Mianowicie zaś w ostatnich dniach kwietnia b. r. wszyscy prawie tutejsi lekarze uskarżali się na niezwykłą dotąd śmiertelność pośród chorych dotkniętych durem, któremu stale towarzyszyły tak gwałtowne krwotoki, że przyspieszając przebieg choroby były przyczyną zejść nieszczęśliwych następujących nie późniéj niż po upływie pierwszego tygodnia.

W wszystkich spostrzeganych przypadkach duru, tak ciężkich jak i łagodniejszych, starannie badany mocz przedstawiał także dość ciekawe szczegóły. W przypadkach, którym towarzyszył wysoki stopień gorączki, nie zawsze dała się wykryć w moczu znaczna ilość białka, jak wiemy znajdującego się w moczu chorych dotkniętych durem i powiększającego swą ilość stosownie do stopnia ciepłoty. U naszych chorych w Batumie i u leczonych po domach w Stambule mocz od początku choroby oddziaływał alkalicznie, podczas gdy w innych przypadkach kwaśne oddziaływanie było przeważającą jego cechą. Jednakże obecność fosforanów i moczanu magnezyi z małym tylko wyjątkiem dała się wyśledzić u wszystkich chorych. Niemniéj ciekawym był u naszych chorych i ciężar gatunkowy moczu. U jednych (Batum) utrzymywał się w stanie powiększonym od początku aż do końca choroby, w innych znowu przypadkach (Trebizonda i szpitale w Stambule) przy niestałéj ilości kwasu moczowego i ciężar gatunkowy moczu także był zmniejszony. Uroglaucyny i uroretryny jak również moczu koloru sinawego nie spostrzegaliśmy. Ilość chloranów zawsze była zmniejszoną. Co zaś do powikłań ze strony narządu moczo-płciowego, byliśmy dość szczęśliwi, niespostrzegaliśmy bowiem żadnych pojawów. Chorzy nasi oddawali mocz normalnie. Nieżyty pęcherza, zapalenie miedniczek, tworzenie się ropni w nerkach, stany

takie jak amon-anemia i uremia pozostały z dala od naszych chorych. Wysypka skórna przedstawiała tę cechę, że ukazując się tylko na powłokach brzusznych między 8—11 dniem choroby, przedstawiała się jako plamy różowe wielkości soczewicy, w ilości nie większéj niż 12—17, znikające pod uciskiem, trwające najdłużéj dni sześć i pozostawiające po sobie szaro-żółtawe piętno. Wielką dla nas niedogodnością była konieczność poddania się panującéj tu zasadzie, ze rozbiory zwłok i badanie anatomo-patologiczne są czynnością zbyteczną i wzbronioną w t. zw. tu *Constitution médicale d'Orient.* I jakkolwiek nie zaniedbywaliśmy zwrócić uwagi na pojawy ze strony ośrodków i pewnych pni nerwowych, choć spostrzegaliśmy skręcenia kąta ust, łzawienie i zezowatość, a także przypady cechujące stan podrażnienia w dziedzinie nerwów rdzeniowych, nerwu troistego i twarzowego, to jednak niepodobném tu było za pomocą sekcyi mózgu dorzucić choćby najskromniejszy dowód do zdania prof. Meynerta o prawdopodobnych zmianach w komórkach i w istocie korowéj tego organu!

Wreszcie rzut oka na sposoby leczenia duru w Turcyi przekona nas, że tutaj częściéj niż gdzieindziéj posłuszne korzenie się pod ciężarem wyznawanych doktryn o patogenezie duru wpływa stanowczo na utrzymanie się przy tém lub owém postępowaniu leczniczém. Dla tych więc, którzy uważają ten stan chorobowy za następstwo zmian zaszłych we krwi i żółci, „zrobić upust krwi, powtórzyć go dowolnie, a następnie nic nie robić w ciągu pierwszych trzech dni i tak postępować w ciągu dni następnych“, jest zasadą sankcyjonowaną niejako zawodami doznanemi po zastosowaniu innych środków leczniczych. Gruby to jednak błąd, przeciwko któremu powstaje samo doświadczenie, nakazujące działać w stosownéj chwili. Wiedzą o tém dobrze lekarze tu praktykujący, wyszli mianowicie ze szkół francuskich. I jakkolwiek i ich sposób leczenia wydaje mi się trochę tchnący rutyną, to jednak podać go tu uważam za stosowne. Postępowanie więc naszych starszych kolegów w obec téj tak tu zwanéj *Fièvre typhoide confirmée* bywa następujące: 1) zastosować środek przeczyszczający, zwykle siarkan magnowy; 2) powtarzać go dotąd, dopóki się nie zapewnimy o ustaniu burczenia *(gargouillement)* w jamie brzusznéj po stronie prawéj; 3) podtrzymywać siły chorego przez zastosowanie środków wzmacniających; 4) postawić pryszczydła na klatkę piersiową w razie powikłań ze strony narządu oddechania. Jak widzimy, jestto postępowanie bardzo proste, nic przeciwko gorączce, nic z zakresu pomocy higijenicznych pomijanych zwykle, jedynie z powodu, że sprawa chorobowa nie da się zmodyfikować w swym przebiegu. Jeżeli jeszcze dodam, że czarny siarczek rtęci za przykładem Serresa, często tu stosują jako przeczyszczający i sprowadzający przemianę w treści płynów ustrojowych, będzie to wystarczającém do uzupełnienia rutynowego leczenia. Innêm jednak jest postępowanie tych, ktorzy kierując służbą chorych w tutejszych szpitalach, korzystając z obfitego nieraz materyjału mogli stosować rozmaite lecz bardziéj racyjonalne sposoby leczenia duru. I choć doświadczenie przekonało nas, że dotąd nie posiadamy środka wyłącznie działającego na tę sprawę chorobową, to jednak stosowanie chlorku rtęci, nadsiarkanów, kreozotu, jodku potasu i kwasu karbolowego jest tu w ciągłém użyciu. Przyjęta zaś zasada, że środki przeczyszczające są szkodliwe w okresie najsilniejszego rozwoju choroby sprawia, że przepisujemy je naszym chorym tylko w początkach, podając najczęściéj odwar tamaryndowy z dodatkiem rozczynu kwaśnego winianu potasu.

Pojawem najbardziéj nas niepokojącym jest stopień ciepłoty chorych, przeciwko któréj stosujemy tak środki wewnętrzne jak i zewnętrzne. Leczenie wewnętrzne zależy na zastosowaniu kwasu salicylowego, naparstnicy, siarkanu chininu i do wstrzykiwań podskórnych, akonitynu i weratrynu. W ostatnich czasach, postępując za przykładem prof. Draschego i Seifferta, stosowaliśmy kairynę w dawkach od 50 cgr. do jednego grama i więcéj; rezultata przekonały nas o obniżeniu się stopnia ciepłoty ale tylko na czas krótki. Postępowanie zewnętrzne ograniczało się do stosowania nacierań ustroju ręcznikami zmaczanemi w wodzie o ciepłocie pokojowéj. W szpitalach bowiem naszych niepodobném bywa zwalczenie wstrętu chorych do istotnie zimnéj wody, co przy braku stosownych przyrządów utrudnia bardzo jéj stosowanie. O traktowaniu zaś zimną wodą chorych w praktyce prywatnéj nie wspominam nawet, bo u nich nietylko już obawa przeziębienia się i napędzenia sobie nowego cierpienia, ale jeszcze przesąd i często zła wola czynią zwykle ten sposób postępowania niemożebnym. W tym względzie szczęśliwsi są od nas lekarze niemieccy, mianowicie Dr. Mortmann, który w kierowanym przez siebie szpitalu z wielką korzyścią dla chorych stosuje kąpiele o ciepłocie 13° do 20°R. ściśle postępując podług wskazań Brandta, zalecającego kąpać chorych w durze pięć do ośmiu razy w ciągu 24 godzin. W praktyce zaś prywatnéj największém zwycięztwem, jakie mogliśmy otrzymać na tém polu racyjonalnego postępowania, było zgodzenie się chorych na przyjęcie zimnéj enemy.

W szpitalu angielskim znowu miałem sposobność obserwowania nowego tu sposobu używanego do obniżenia ciepłoty ustroju chorych w durze, mianowicie przyrządu wynalezionego i zalecanego przez Dra Dumontpaliera. Jestto obwinięty w podwójne płótno szereg rur kauczukowych, przez które puszcza się stały prąd wody o dowolnéj ciepłocie. Na tym rodzaju kołdry układa się i okrywa nią chorego, którego ciepłota znacznie się obniża w skutek bezustannego krążenia w rurach zimnéj wody. Dwa ciepłomierze, umieszczone jeden przy otworze rury wprowadzającéj wodę, drugi przy jéj odpływie na zewnątrz, pozwalają oznaczyć tak stopień ciepłoty wprowadzonego płynu, jak również ilość stopni ciepłoty wody odpływającéj, która pozostawała w pośredniém zetknięciu z ustrojem chorego. Że zaś przyrząd ten okazał się korzystnym w praktyce szpitalnéj, to wypada już ztąd wnosić, że Dr. Paterson będąc osobiście nie zbyt wielkim zwolennikiem wynalazków francuskich, zdecydował się jednak na zastosowanie przyrządu Dumontpaliera w leczeniu swych ziomków.

Propagując na tureckim Wschodzie radę daną nam przez prof. Dietla żywiliśmy naszych chorych z największą ostrożnością. To téż i nie mieliśmy powodu narzekania. I pomimo, że nasi chorzy byli przyzwyczajeni do potraw prostych, w których głównie figurują jarzyny z tłuszczem i ryż, to jednak z łatwością przyzwyczajali się do rosołu, kotletów i kompotu, jednak wyłącznie tylko dereniowego, nie żądając wcale powrotu co rychléj do pokarmów bardziéj obciążających żołądek.

Nie wiem, jak długo przyjdzie pozostać tutejszym lekarzom przy sposobach rutynowego leczenia. Dzisiaj bowiem ściśléj znając przyczyny sprzyjające rozwojowi duru, mogąc

je obserwować, badać ich siłę, uchwycić ich stronę słabą, słowem mając przed sobą zdemaskowanego nieprzyjaciela, nie należy wątpić, że te etyjologiczne dane pozwolą może odkryć właściwy środek do pewnego działania przeciw owym prątkom czy grzybkom, które dotknięte w łonie samych ustrojowych tkanek, zmienią niezaprzeczenie doniosłość dotychczasowego rokowania w tém tak groźném cierpieniu. Turecki Wschód także zyska na tém nie mało; byleby tylko chciał nabrać przekonania, że dobra higijena jest najdzielniejszą opiekunką zdrowia publicznego. (Dok. nast.)

IV. Oceny i sprawozdania.

P. Virchow: **O zapaleniu mózgu wrodzoném.**

Już od lat 20tu spostrzega autor od czasu do czasu u noworodków, zwłaszcza u nieżywo urodzonych, pewne zmiany w mózgu, nad któremi dotąd bliżéj się nie zastanawiano Zmiany te polegają na obecności nader licznych komórek i ciał ziarnistych, mieszczących się przedewszystkiém jednostajnie w istocie białéj półkul, podczas gdy w istocie szaréj nie ma ich wcale. Niejednokrotnie zwracał V. uwagę na to zjawisko, a sądząc, że przyczyną jego jest sprawa zapalna, nazwał tę zmianę zapaleniem mózgu wrodzoném. Wszyscy, którzy się tą sprawą zajmowali, spostrzegli, że pojawia się ona nader często a Hayem oświadczył się przeciw przypuszczeniu sprawy zapalnéj, na podstawie badania dwunastu przypadków, w których ją zawsze znajdował. Jastrowitz starał się udowodnić, że zmiana ta stoi w ścisłym związku z prawidłowym rozwojem mózgu. Zdaniem V. nie można dotąd wcale osądzić, o ile zmiana jest wrodzoną, tj. w jakim stopniu rozwoju znajduje się ona przed porodem. Na szeregu przypadków można się o tém przekonać niezawodnie, a mianowicie w przypadkach urodzenia się dzieci nieżywych, albo gdy śmierć następuje w krótkim czasie po porodzie; z każdym dalszym dniem życia staje się wątpliwém, czy ją należy rzeczywiście odnieść do życia śródmacicznego. Zapatrywanie Jastrowitza nie przemawia autorowi wcale do przekonania a usprawiedliwia się w ten sposób:

Zajmując się od dawna szczegółowém badaniem komórek zawierających tłuszcz, odróżnił V. trzy rodzaje takowych. Do pierwszéj kategoryi zaliczył komórki, w których tłuszcz znajduje się jako ich istotny i stały składnik, jako składnik histogenetyczny. Do drugiéj, komórki, w których znajdowanie się tłuszczu oznacza stan wprost przeciwny, jest bowiem objawem przedwstępnym ich rozpadu; pośród tych dwóch kategoryj umieścił trzecią z komórkami, w których tłuszcz znajduje się tylko przejściowo, a w stanie prawidłowym zostaje wydalonym w krótkim czasie. Ten podział należy dotąd utrzymać, dodać jednak wypada, że komórek żadnéj z tych kategoryj nie należy uważać za twory patologiczne, że tedy z saméj obecności tłuszczu nie można wcale wnosić, że się ma przed sobą sprawę fizyjologiczną lub téż patologiczną, a w ustroju fizyjologicznym wynalazł przykłady wszystkich trzech kategoryj.—Nikt dotąd nie rozpoznał czwartéj kategoryi komórek tłuszcz zawierających, a jeżeli tak jest, to odnosząc to zapatrywanie do sprawy, o któréj mowa, należy bez względu na praktyczne znaczenie téj zmiany w mózgu tych nowrodków zapytać: czy zmianę tę wypada uważać za stłuszczenie fizyjologiczne, czy za stłuszczenie poprzedzające rozpad, czyli też za przejściowe wypełnienie komórek ziarnami tłuszczu? Co się tyczy pierwszego przypuszczenia to przyjmując je, należałoby spodziewać się wytworzenia się w mózgu tkanki tłuszczowéj, czego dotąd nikt nie spostrzegł. Pozostawałoby tedy przypuścić, że zachodzi jedna z dwóch innych spraw; albo więc komórki pozbywają się następnie tłuszczu i istnieją nadal jako takie, albo téż z powstaniem tłuszczu tracą budowę organiczną i rozpadają się następnie. Jastrowitz sądzi, że to jest pochłanianie tłuszczu przez komórki, a więc druga z trzech wymienionych kategoryj. Twierdzi on, że w mózgu noworodków odbywają się rozległe przemiany, wśród których należy przypuścić rozpad, którego produkty bywają w ten sposób uprzątane. Od dawna znaném jest tego rodzaju uprzątanie produktów rozpadu istoty mózgowéj. Kölliker wykazał komórki zawierające składniki istoty nerwowéj już w r. 1845. Trzeba jednak odróżnić istotę nerwową od tłuszczu znajdującego się w przypadkach, które autora tutaj obchodzą. Kuleczki znajdujące się w komórkach i ciałach ziarnistych są zwykłym tłuszczem, który opiera się działaniu zasad na zimno, podczas gdy istota znajdująca się w komórkach napotykanych niekiedy w mózgu rozpuszcza się po dodaniu ługu i to już na zimno, wśród tych warunków nie powstaje zmydlenie tłuszczu jak wiadomo. Tak tedy niemożliwém jest zamienienie tych ziaren z istotą rdzeniową. Zdaniem autora sprawa napotykana tutaj jest zwyrodnieniem tłuszczowém w najściślejszém znaczeniu tego wyrazu, napotyka się bowiem wszystkie stopnie téj zmiany począwszy od prawidłowych komórek aż do bezpostacich mas tłuszczowych, napotykanych zazwyczaj wśród zwyrodnienia tłuszczowego innych tkanin. Dwie postacie téj zmiany rozróżnia V., rozsianą i ogniskową. Uwagi podane dotyczą postaci rozsianéj, która jest niedostępną dla badania gołém okiem, podczas gdy w postaci ogniskowéj można zmianę już gołém okiem dokładnie spostrzedz. Widać mianowicie w istocie białéj ogniska zaćmione, które stają się coraz mniéj przeźroczystemi, przybierają wejrzenie żółtawo białe, a ostatecznie rozmiękają i stanowią ogniska rozmiękłe. Oprócz zmian wymienionych napotyka się w nich jeszcze szczególniejszą zmianę włókien osiowych, polegającą na żylakowatém obrzmieniu i rozpadzie tak, że wśród cząstek tłuszczowych widać ciałka podługowate i wrzecionowate. Porównywając obie postacie przychodzi się do przekonania, że pomiędzy niemi nie ma istotnéj różnicy, sprawa ogniskowa jest tylko miejscowém wzmożeniem się ogólnéj zmiany; jestto tylko jedna sprawa chorobowa w różnych okresach, tak jak napotykając w płucu ogniska serowate i ognisko rozpadowe nie odróżnia się dwóch postaci, tylko jednę w różnych okresach rozwoju. Ogniska, o których mowa, są ogniskami rozmiękłemi w mózgu i najpodobniejszemi są do postaci zwanéj powszechnie u dorosłych rozmięknieniem żółtém; różnią się zaś od nich jedynie zmianą włókien osiowych, które biorą u noworodków znaczniejszy udział w sprawie rozpadowéj aniżeli u doroslych.

Tylko dla tego, że napotyka się zmianę tę bardzo często, sądzi Jastrowitz, że uważać ją należy za fizyjologiczną. Chcąc i w tym względzie nabyć przekonania przedsięwziął V. badania w ostatniém półroczu, poddał im wraz z Israelem mózgi 44 noworodków lub płodów nieżywo urodzonych i przekonał się, że nie napotyka się jéj wcale tak często, iżby można usprawiedliwić powyższe twierdzenie Jastrowitza. V. przedstawia właśnie tę sprawę szerszym kołom lekarzy, aby dać pochop do badań w tym kierunku, gdyż spodziewa się, że jeżeli ona jest chorobową, jak to dotąd utrzymuje i zmianą regresywną, nie może pozostać jako

objaw obojętny i nabędzie znaczenia w praktyce. Już na mocy dat zebranych na podstawie własnych spostrzeżeń twierdzi, że zmiany téj nie można żadną miarą uważać za objaw ogólnego zboczenia w odżywieniu, jakto mianowicie pojmował i tłumaczył Parrot w Paryżu. Wychodząc z zapatrywania, że ma się do czynienia ze sprawą z charakterem czynnym, sprawą wypływającą z zadrażnienia, nazwał ją V. *Encephalitis*, zwłaszcza że znajdował w siatkówce zmiany analogiczne, mianowicie pojawienie się ciał ziarnistych, wychodzących z tkanki śródmiąższowéj, podczas gdy rozgałęzienia nerwu ocznego obrzmiewały na kształt żylaków, którąto zmianę zwano zapaleniem siatkówki. Co do pojmowania zapalenia istnieją obecnie rozmaite zapatrywania, dla tego nazwanoby może ten szereg zmian odmiennie; autor nabył przekonania, że to jest sprawa polegająca na zadrażnieniu, chociażby nie była zapaleniem w znaczeniu ścisłém, to przecież można przed okresem stłuszczenia wykazać zmiany świadczące o zadrażnieniu, a mianowicie powiększenie komórek, zwłaszcza komórek neuroglii, nieznajdujące się w innych mózgach dzieci zmarłych w tym samym wieku, i dzielenie się jąder komórek. (*Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 46 1883). *Dr. Schaitter.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sprawozdanie z Walnego Zgromadzenia członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego z d. 23 czerwca 1883.

(Dokończenie. Patrz Nr. 48).

Wiadomo nam, że mleko matek lub mamek pod wpływem przykrych wrażeń, moralnych wstrząśnień, kłopotów itp. pozostających, niekorzystnie oddziaływa na karmione niém dzieci, i że zadawane tymże żywicielkom *laxantia*, *emetica* itd. u karmionych przez nie niemowląt odpowiednie wywołują skutki. Czyż można się spodziewać, aby krowy w dni skwarne nieustannie przez owady drażnione, promieniami słońca pieczone, po spożyciu poniekąd i z korzeniami znacznéj ilości roślin drastycznie działających pod wpływem takich czynników normalne mleko wydzielać mogły. Groźny obraz choleryny niemowląt, te szybko po sobie następujące surowicze wypróżnienia, wodniste wymioty, pragnienie niedające się ugasić, zatrzymanie moczu, szybki upadek sił, depresyja w oddychaniu, bezgłos, śpiączka, objawy wodnistości mózgu (*Hydrocephaloid*, ***Marshall Hall***), wreszcie szybkie, częstokroć w 24 godzinach następujące zejście śmiertelne, wymaga niewątpliwie chwytania się stanowczych środków. Oznaczona poprzednio niepewność nasza co do przyrzutu i istoty chorobowéj, daléj pozostawanie bez wydatnego wskazania przyczynowego, wreszcie i w obec rzeczywistości, że przeciw cholerynie nie mamy leku swoistego, bo ani chinin, ani kwas karbolowy i salicylowy, ani chloral, ani resorcyn w przypadkach ciężkich dotąd zgonu nie powstrzymały, zmuszają nas do zwrócenia uwagi na grożące tu niemowlętom porażenie mózgu i serca. Zgodzić się winniśmy zupełnie ze zdaniem Wertheimera przed dziesięciu laty (w *Jahrbuch für Kinderheilkunde* N. F. VI, 2, 1873) spisaném, a w ostatnim czasie przez Widerhofera, Herza, Soltmanna, Parrota, Ehrenhausa i innych potwierdzoném, że przedewszystkiém chodzić nam powinno o powstrzymanie grożącego upadku sił. Soltmann ostrzega, aby nie tracić czasu na dawaniu leków odurzających i ściągających i zaleca, aby z stosowaniem środków pobudzających dopóty nie ustawać, dopóki niebezpieczeństwo upadku sił nie minie. Na tém, zdaniem jego, polega główne zadanie czynności lekarskiéj. Kto leczenia choleryny od tego nie rozpoczyna, ten wykracza przeciw prawowitéj metodzie. — Już przed 10ciu laty zwracał uwagę na to Wertheimer, że wina ciężkie i inne płyny wyskokowe szkodliwie działają w cholerynie. Polecał natenczas jako lek pobudzający przetwory amonijakowe i czarną herbatę, twierdząc, że środki te nietylko na czynność serca i płuc odżywczo działają, lecz i kwasy niszczyć są w stanie. Herbata, zdaniem jego, usuwa senność, wymioty i rozwolnienie. Dzieciom dwumiesięcznym po dwie filiżanki naparu każe podawać powoli na zimno. Oprócz tego używa gorczyczników, rozcierań, ciepłych zawijań itd. Zdanie Wertheimera co do wyboru leków pobudzających potwierdza po 10ciu latach Widerhofer w dziele zbiorowém Gerhardta, zaznacza, że alkohol u dotkniętych choleryną nie łatwo się trawi i nadmienia, że trudno mu przychodzi oznaczyć granicę, w któréj działanie pobudzające wyskoku ustaje, a odurzające się rozpoczyna. Lepiéj od alkoholu podług niego gasi herbata silne pragnienie niemowląt, usuwa śpiączkę i powraca przytomność. Ze środków zewnętrznych ku podporze metody pobudzającéj zalecane są powszechnie krótkie ciepłe kąpiele z gorczycą przyrządzone, a już przez słynnego Trousseaua do skarbca leczniczego wprowadzone. Kąpiele z gorczycą (30,0—60,0 proszku z gorczycy do kąpieli na 30_0R. ogrzanéj) zaraz z początkiem choroby, przy pierwszych objawach groźniejszych używać każą nawet po kilka razy dziennie Vogel (1867), Widerhofer (1873), Jacobi (1879), Laube (1874), Ehrenhaus (1880), Soltmann (1881), Herz (1882), Ostrowski, Steiner, Neureutter, Gerhardt i inni. W obec upadku sił każe Soltmann (*Ueber die Behandlung der wichtigsten Magen- und Darmkrankheiten des Säuglings für den Praktiker*. Tübingen, 1881. Laupp'sche Buchhandlung.) podawać co pół godziny po 3—5 kropel *Liqu. ammon. anisat. c. spirit. aether āā*, lub téż poleca podskórne zastrzykiwania zwykłego eteru, jednę lub dwie strzykawki Pravaza na 24 godzin. Z eterem łączy także lub téż w proszku podaje *Acid. benzoicum* po 0,06 *pro dosi* w przekonaniu, że lek ten oprócz podniety sił, wpływa także na obfitsze wydzieliny moczu i grzyby zniszczyć jest w stanie.

W taki sposób przez owe najniebezpieczniejsze 24 godzin, w których energija serca tak jest podkopaną, często nawet w rozpaczliwych przypadkach, udało się Soltmannowi uchronić dzieci od niechybnego zgonu. Aby gasić pragnienie, każe podawać także herbatę na zimno z koniakiem, kawę i kawałki lodu.

Środki rozwalniające jak magnezyja, olej rącznikowy itp. zdaniem Widerhofera, można tylko w okresie takim zadawać, gdzie o cholerynie nie masz jeszcze mowy, t. j. tylko w obec dyspeptycznych objawów sztucznie żywionych dzieci. Kalomel zaś poleca usilnie w pierwszym rozwoju choroby, po pierwszych surowiczych stolcach, po których upadek sił szybko następuje. Herz ostrzega przed tym środkiem i zaleca zgodnie z Soltmannem, Epsteinem, Zielewiczem, Kapuścińskim, Kułakowskim (Przegląd Lekarski, 1879, Nr. 41), Jakubowskim i innymi użycie *Natr. benzoic.* rozpuszczonego w wodzie i koniaku (*Rp. Natr. benzoic. 5,0, Aq. destill 90,0, Cognac. 2,0, Syrup. simpl. 15,0 MDS.* co godzinę po łyżeczce od kawy). Soltmann miał podobno jeszcze lepsze rezultaty po zadawaniu resorcyny, któréj nawet potém podczas okresu wyzdrowienia używać każe. (*Rp. Resorcini 0,1—0,2, Inf. Chamomill. 60,0, Tinct. opii spl. gutt. 2. MDS.* Co dwie godziny po łyżeczce od kawy). Chinin wewnętrznie i podskórnie stósowany jako i zwykłe leki ściągające nie mają, zdaniem Herza, w leczeniu choleryny żadnego znaczenia, toż samo i *Bismut. subnitric.*, *Bismut. tannic.* przez Lederera zalecane. Środków narkotycznych nie radzi Herz zadawać (zwłaszcza zaś u dzieci w pierwszych miesiącach życia) z obawy przed przekrwieniem mózgowia i godzi się z Epsteinem, Kjellborgiem na wodnik chloralu, którym uspakaja boleści, uśmierza wymioty a nawet i rozwolnienie powstrzymuje. Kjellberg (*Deutsche mediz. Wochenschr.*, 1880, Nr. 37) poleca stosowanie leku tego w enemie i to natychmiast po wypróżnieniu i uważa kiszkę odchodową w tym razie za najstosowniejsze miejsce aplikacyi. Aż do zupełnego ustąpienia wymiotów i rozwolnienia nie masz zdaniem Soltmanna i innych autorów mowy o zadawaniu jakiegokolwiek pożywienia, nawet ani mleka matki lub kleiku. W rekonwalescencyi dopiero pozwala na użycie przygotowanego i w lodzie ochłodzonego mleka. Dr. Epstein (*Prager med. Wochensch.* 1881, Nr. 33) w wykładzie na zebraniu niemieckich lekarzy w Pradze w lipcu 1881 roku wygłoszonym, zaleca przy pojawieniu się choleryny natychmiastowe zaprzestanie użycia mleka (nawet i pokarmu matki lub mamki) i podawać każe zamiast tego białko jaja kurzego, które w 500 gramach przegotowanéj i wystudzonéj wody rozbić i przecedzić trzeba. Poleca prócz tego przy wymiotach kwaśnych i żółto zabarwionych przepłukiwanie żołądka wodą przekroploną i to za pomocą zgłębnika żołądkowego, powoli tylko i z wielką ostrożnością radzi powracać do mleka matki. Herz używał także białka i twierdzi, że mu kilka razy

dobre oddało usługi, radzi przecież co żywo powracać do piersi żywicielki, albo do odpowiedniego sztucznego pożywienia jak mięszanka Biederta itp. Tu wspomnieć nam jeszcze wypada o wyrobach Liebiega i Hartensteina, które w cholerynie niemowląt nawet poważne polecały osobistości. Leguminosa Hartensteina i Malto-Leguminosa nadwornych dostawców Starkera i Pobudy w Stuttgardzie, nie dają się tu użyć tak, jak to twierdzą ich wynalazcy. Przekonaliśmy się, że polewka z nich wstrętną jest dla wielu, nawet starszych dzieci, daléj że wielkiéj wymaga troskliwości przy zgotowaniu i że użytą być może tylko czasem i to pod koniec rekonwalescencyi.

Gdy nad tym przedmiotem otwarto dyskusyję, zabrał głos kol. P e r n a c z y ń s k i podnosząc, że w pierwszym okresie choleryny podaje, w skutek polecenia poznańskich lekarzy, będźwinian sodowy z bardzo dobrym skutkiem. W późniejszych jednak okresach choroby przepisuje *Liquor. ammon. anis.* i każe brać kąpiele podniecające, a tylko skoro i te środki zawiodły, ucieka się do kalomelu przepisując go w formie, w jakiéj środek ten podawany bywał przez starszych lekarzy, t. j. w proszkach z dodatkiem małéj ilości wyciągu makowcowego. — Na uwagę kol. K o s z u t s k i e g o, że według zapatrywań kolegów przytoczonych w referacie tylko rozwalniający skutek przypisać można kalomelowi, odpowiada kol. Pernaczyński, że środek ten rozkładając się na dwuchlorek rtęciowy wstrzymuje kiśnienie. Kol. Z i e l e w i c z zupełnie unika leków makowcowych; podziela też zdanie kol. Pernaczyńskiego, że będźwinian sodowy w pierwszym okresie choroby prawie jest wszechwładnym, nie wie jednakże, czemu to przypisać. W okresie zamartwiczym używa także kąpieli pobudzających. — Kol. P e r n a c z y ń s k i przekonał się, że skoro tylko wymioty ustępują, podawania będźwinianu sodowego zaprzestać trzeba, inaczéj drażniąc środek ten nowe wywołuje wymioty.

Po wygłoszeniu kilku jeszcze innych uwag przez kol. K o s z u t s k i e g o, J e r z y k o w s k i e g o i R a d z i e j e w s k i e g o, kol. P e r n a c z y ń s k i opowiada historyję przypadku, w którym opadnięcie grubéj sosny wywołało u szewca niedokrewnego strzaskanie stopy prawéj. Zgłębnik napotkał na kawałki kosteczek. Obrzmienie całéj stopy tak było znaczne, że kol. P. odjęcie stopy uważał za wskazane. Przystąpiwszy do wykonania rękoczynu stopniowo po sobie wykonał operacyje według metody Choparta, Pirogowa, a w końcu odjął nogę w wysokości pomiędzy kostką a kolanem, a to z tego powodu, że w ciągu poprzednich operacyj, przekonał się o rozmiękczeniu kości w dalszych okolicach. Dopiero w wysokości, w jakiéj amputacyja nastąpiła, napotkał zdrową kość. Chrząstki w stawie były zdrowe. Przebieg dobry przy użyciu jodoformu. Przy téj sposobności kol. P. dodaje, że chory, o którym na posiedzeniu poprzedniego Walnego zgromadzenia zdawał sprawę, umarł 3 dni późniéj w skutek szczękościsku i tężca.

Dla spóźnionéj pory Sekretarz odstąpił od zamiaru wygłoszenia objętego porządkiem dziennym odczytu: „o z a p a l e n i u r o p i a s t é m o k a p o o p e r a c y i z a ć m y“, a natomiast przedstawił k e r a t o s k o p Hirschberga, objaśniając przyrząd okazany następującemi uwagami:

Na przeszłém Walném zgromadzeniu miałem zaszczyt zwrócić uwagę na przedmiot, który w nowszych czasach poruszony przez Dra Placidę, nietylko zajmuje okulistów ale dla każdego praktykującego lekarza niemałéj, zdaniem mojém, powinien być uwagi. Mam tu na myśli keratoskopiję, czyli sposób badania rogówki przez odzwierciedlenie tarczy przedstawiającéj na tle białém dośrodkowe koła czarne, albo téż odzwierciadlenie tablicy promienistéj Greena. Wyłuszczyłem wtenczas korzyści, które w prędki i łatwy sposób prostym tym przyrządem osiągnąć można i podniosłem, że keratoskop pod wielu względami może zastąpić drogie i powikłane oftalmometry. Zarazem napomknąłem, że przez stosowne wymierzanie wielkości odzwierciedlonego na rogówce obrazu, moglibyśmy nawet wybadać, jak wielki jest promień wypukłości téjże rogówki. Wiadomo bowiem, na co już Tomasz Young zwrócił uwagę, że najlepszy sposób wymierzania krzywizny jakiegokolwiek zwierciadła wypukłego polega na wymierzeniu obrazu z przedmiotów lśniących na płaszczyźnie odzwierciadlającéj powstałych. (Tę zasadę właśnie zastosował Helmholz do swego oftalmometru). Wielkość bowiem obrazu przedmiotu odzwierciedlonego na powierzchni wypukłéj pozostaje w prostym stosunku do wielkości promienia wypukłości zwierciadła, czyli im promień ten jest większym, tém téż większym jest obraz i odwrotnie. Jeżeli więc znamy wielkość przedmiotu (b), odległość (a) tegoż od zwierciadła wypukłego (rogówki), jakotéż wielkość obrazu (β), to łatwo da się obliczyć promień z następującego równania: $b : a = \beta : \frac{r}{2}$ (czyli odległości ogniskowéj, która jest połową promienia r). Z równania tego otrzymamy $r = \frac{2\,a\cdot\beta}{b}$

Kończąc mój odczyt poprzedni o keratoskopii wyraziłem przekonanie, że umieszczając odpowiednią podziałkę do keratoskopu tak, ażeby odzwierciedlaną tarczę można równocześnie i odmierzyć, będziemy mogli łatwo ów promień wypukłości obliczyć. Otóż nowy keratoskop zestawiony przez mechanika Dörffla w Berlinie za wskazówkami prof. Hirschberga ułatwia wypełnienie tego zadania. Tarcza Dra Placidy przymocowaną jest na odpowiednim trzonku do deszczułki, na któréj poza tarczą w pewnéj odległości stoi prostopadła podpora dla oka badanego i to tak wysoka, że jéj wolny koniec w równéj wysokości od podstawy leży, co i środek przedziurawionéj tarczy. Na połowie owego trzonka tarczowego przyczepiona jest w tyle do niego pod kątem prostym kwadratowa podziałka (4cm.□); na niéj białe równoległe o $\frac{1}{2}$mm. od siebie oddalone linije. Każda piąta linija jest krótsza, przez co łatwiéj każde $2\frac{1}{2}$mm. rozróżniać można. Ponieważ ta tabliczka podziałkowa da się okręcać około osi równoległéj do trzonka tarczy, przeto podziałkę rozmaicie ustawiać można stosownie do tego, jaki równik rogówki odmierzyć zamierzamy. Poza tarczą osadzone jest na rurce cylindrowéj, przechodzącéj przez środek tarczy, zwierciadełko podłużne dające się na około osi pozioméj okręcać a zakrywające do połowy otwór cylindrowy. Patrząc przez otwór w tarczy widzi badający odzwierciedloną przedziałkę a równocześnie obraz tarczy na rogówce badanego, co umożebnia policzenie ilości $\frac{1}{2}$mm. objętych obrazem rogówkowym. Ponieważ średnica tarczy Placidy (b) i odległość téjże od rogówki badanego (a) są w tym przyrządzie równe, (wynoszą 216mm.) przeto powyższa formuła $r = \frac{2a\beta}{b}$ staje się jeszcze prostszą zmieniając się na $r = 2\beta$. Wyraża ona, że wielkość obrazu na rogówce pomnożona przez 2 podaje nam wielkość promienia rogówki.

W końcu zgodzono się na przyjęcie wniosku kol. Wlazłowskiego téj mniéj więcéj osnowy: obecni na zgromadzeniu koledzy, a za ich przyczynieniem i inni, zechcą zająć się wypróbowaniem pewnych środków, jak np. dwuchlorku rtęciowego (zachwalanego przez kol. Pernaczyńskiego) przeciwko dyfteryi, a następnemu Walnemu zgromadzeniu o skutkach doświadczeń swych donieść.

Posiedzenie zakończono o godzinie 9éj.

Dr. B. Wicherkiewicz,

VI Medycyna sądowa w wiekach średnich.

Skreślił **L. Blumenstok.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 47).

Podobne nieliczne, ale wyraźne ślady wzywania znawców znachodzimy prawie równocześnie i we F r a n c y i. L a c a s s a g n e (*Précis de médecine judiciaire,* Paris 1878) twierdzi wprawdzie, że już Karol W. w rozporządzeniach sejmowych *(Capitullaria)* miał postanowić, że sędziowie powinni posiłkować się radą lekarzy, że jednakowoż z powodu zaburzeń, towarzyszących podziałowi cesarstwa, wywrócony został porządek rzeczy; ale nie mając sposobności sprawdzenia tego podania poprzestajemy na téj wzmiance. Nierównie ważniejszemi są następujące szczegóły. Z ogłoszonego przez Marniera w r. 1839 rękopismu biblijoteki Ste Geneviève o starém prawie zwyczajowém Normandyi z r. 1207—1245 O r t o l a n (l. c.) wyjmuje kilka ustępów, ważnych dla historyi nauki naszéj. I tak jeżeli ktoś wezwany do sądu usprawiedliwia niestawiennictwo chorobą *(m a l a d i c d e l a n g o r),*“ *celle langor sera veue par*

léaus hommes, savoir mon (afin de savoir) se cil qui gist en son lit se faint, que il soit malade," a w inném miejscu prawodawca powtarza: „*Et lors sera il veuz par léaus hommes, se il est détenuz par maladie de langor.*" Jeżeli dziewczyna wystąpi ze skargą o zgwałcenie, „*la Justice fera veoir la meschine e sa bleccure par preude femmes e léaus, qui sachent quenoistre, se elle a esté prise à force.*" W przypadku danym Sąd odbyty w Falaise na św. Michał 1217 r. odrzekł: „*Il fut jugié, que la contesse d'Alençon, qui estoit grosse d'emfant, devoit estre veue, e que li roy la devoit fere garder par persones convenables.*" Równoczesne prawo zwyczajowe „*Grand Coustumier du pays e duché de Normandie*" rozróżnia nawet kilka rodzai oględzin, a mianowicie: *Veue d'homme en langueur, veue de mesfait, veue d'homme occis et veue de femme despucelée.* — Jeżeli w ustępach powyższych wprawdzie wyraźnie uznaną jest potrzeba oględzin, ale nie wiadomo, czy ustawy przez „*léaus*" i „*preudes femmes*" rozumiały lekarzy i akuszerki, to kwestyja w mowie będąca przedstawia się całkiem niewątpliwą w ówczesném chrześcijańskiém królestwie jerozolimskiém. Według „*Assises et bons usages du royaume de Jérusalem*" zestawionych w r. 1250 przez „*Messire Jean d'Ibelin, comte de Japhe et d'Ascalon, seigneur de Rames et de Baruth*" było zwyczajem, że, jeżeli ktoś wymawiał się chorobą, ranami lub słabością od stawiennictwa w sądzie, Sędzia (*le Seignor*) powinien był posłać do niego 3 członków sądu, a oprócz nich lekarza (*fisicien ou miege*) i chirurga (*serorgien*), celem przekonania się o jego chorobie. Przepis ten opiewa jak następuje: „*Le Seignor doit mander lors ché celui trois de ses hommes comme court, et un Fisicien et un Serorgien... Celui des trois hommes, qui est là en leue du Seignor li doit dire: mostrés vos essoignes (=exoine ou excuse) à cestui Miege, et il le doit faire, et cestoi Miege le doit veir et taster son pos (=pouls), et veir son orine, e se est chose, que le Serorgien doit conoistre, il doit mostrer sa blessure en la presence de trois de ces hommes, que le Seignor aura envoyé; et se le Miegę dis par son serement de que il est tenus que il est essoignés, l'on ne le peut à plus mener tout com il demora en son hostel, et dira que il est essoignés; mais se le Fisicien ou le Serorgien ne conoist en lui aucune chose ou dehait, pourquoi il doit demorer d'aller à court, il doit aller et faire droit*" (*Assises de la Haute- Cour, chap.*223). Mamy tu więc szczegółowy przepis oględzin ściśle lekarskich, a widzimy, że orzeczenie lekarskie, pod przysięgą złożone, było rozstrzygającém w sprawie, o którą się rozchodziło. — Wracając do Francyi spotykamy się niedługo potém z reskryptem króla Filipa III Śmiałego (w maju 1278), odnoszącego się do miasta Rouen, w którym jest mowa o ustanowionych w tém mieście znawcach lekarskich: „*Per dictum cirurgicorum, ad hoc nobis et dictis majori (=Maire) et civibus juratorum.*" Że i w innych miastach francuskich, a głównie w Paryżu, również istnieli stale ustanowieni znawcy lekarscy, wynika z rozporządzenia Filipa IV Pięknego (w listopadzie 1311), w którym król nazywa ich „*ses bien aimés chirurgiens jurés en son Chastęlet de Paris*" z wymienieniem nazwiska jednego z nich: *mâitre Jean Pitardi*; w r. 1352 król Jan II w reskrypcie swoim (w kwietniu wydanym) wymienia dwóch chirurgów: *mâitres Pierre Fromondi* i *Robert de Lingonis*) i nazywa ich znów: „*dilectos magistros cirurgicos nostros juratos castelleti nostri Parisiensis;*" wreszcie w wyroku Sądu paryskiego z d. 14 września 1390 r. jest mowa o orzeczeniu sądowolekarskiém, wydaném przez chirurga Jehan le Conte: „*sur quoi, oy maistre Jehan le Conte, cirurgien juré du roy, qui dist, que la playe faite audit feu Criquetot en la teste fu d'une hache, si comme il croit en sa conscience.*"

Zestawiając bilans z wieków średnich, powtarzamy, że w nich znajdujemy rzeczywiste początki praktyki sądowolekarskiéj u ludów romańskich, że ich atoli nie udało się dotąd znaleść u ludów germańskich pomimo skrzętnych poszukiwań. W cesarstwie niemieckiém przedstawia nam się widok podobny jak w rzymskiém: pomimo reformy stosunków lekarskich, zaprowadzonéj w r. 1241 przez cesarza Fryderyka II, pomimo licznych ustaw, czujących instynktowo potrzebę interwencyi znawców, nie przyszło do niéj, tak jak była nieznaną w państwie rzymskiém, pomimo organizacyi stanu lekarskiego i ustawodawstwa Justyniana.

W rzeczypospolitéj polskiéj instytucyja znawców sądowolekarskich wcale nie była znaną. Według statutu Kazimierza W. krewni lub przyjaciele zabitego obowiązani byli we 2 tygodnie po zaszłéj zbrodni udać się do burgrabiego i do urzędników, tudzież do komornika, a wyłuszczywszy im, co i kiedy się stało, oraz okazawszy im suknię skrwawioną, lub w braku jéj postawiwszy świadków, prosili, aby na grunt wysłano komornika; ten zjechawszy oglądał zabitego, lub grób i suknie jego (Hechell l. c.) Tak samo rozporządza statut Jana Olbrachta z r. 1496: „*Item statuimus, quod si quis citabit, seu evocabit ad judicium pro vulneribus, ministerialis ad instantiam vulnerati vulnera conspiciat debite, qui supra ministerialis recognitionem vulnerum suorum coram judicio debet edocere testibus totalibus super vulnera sua.*" Przepis ten uzupełniony i rozszerzony został przez króla Zygmunta I, który w r. 1538 rozporządził co następuje: „*Statuimus, ut vulneratus cruentis vel lividis vulneribus, vulnera in recenti, quam primum potuerit Capitaneali, quodcunque proximus percusso fuerit, aut judicio terrestri illius districtus ostendat et testata per se faciat; quae sic ostensa et eorum qualitas in acta castrensia aut terrestria in terminis terrestribus illius districtus inscribantur; et eo testimonio velut autentico et sufficienti actor reum..... convincere poterit.*" Przed ogłoszeniem tego rozporządzenia zaszedł w Warszawie fakt, wielce na uwagę zasługujący, o ile możnaby z niego wysnuć wniosek, że wówczas w przypadkach wątpliwych badano już i otwierano nawet zwłoki. Otóż w r. 1526 spalono w Warszawie dwie kobiety, posądzone o otrucie Janusza i Stanisława, ostatnich książąt mazowieckich. We dwa lata po ich spaleniu atoli król Zygmunt wydał wyrok (d. 9 lutego 1528) i ogłosić polecił, że „*manifeste constat, ipsum Dominum Ducem (Janussium) non arte nec opera humana, sed solius Domini Dei Omnipotentis voluntate ex hac vita sublatum et mortuum esse. Nam sicut in vita de intoxicatione et artificiali morte ejusdem Domini Ducis nihil penitus constabat, ita in ejus corpore mortuo nulla sed neque minima signa veneni sibi dati apparuerunt.*" Zdawałoby się, że wyrok podobny musiał być oparty na poprzedniém i ścisłém badaniu sądowo-lekarskiém; z osnowy wyroku atoli wynika, że król przybywszy do Warszawy sam rozważył sprawę („*maturo apud se consilio*"), że radził się posłów ziemskich i rad mazowieckich, ale o zasięgnięciu

zdania lekarskiego wcale mowy nie było. (Wojcickiego album literackie, Warszawa 1848 str. 25—28, Kozłowskiego: Dzieje Mazowsza, Warszawa 1858 str. 373). (Dok. n.)

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Komisyja sanitarna krakowska odbyła w dniu 4 bm. pod przewodnictwem naprzód r. m. Dra Warschauera a następnie prezydenta miasta Dra Weigla posiedzenie zwykłe, na którém po załatwieniu spraw bieżących fizyk miejski Dr. Buszek podał między innemi do wiadomości, iż P. Schön wykończył budowę wzorowéj mleczarni w Mydlnikach i zamierza otworzyć swój zakład na wiosnę roku przyszłego; że w dwóch miejscach założono nowe okienka kanałowe zamykające się automatycznie dla zapobieżenia rozchodzeniu się gazów kloacznych a że asystent budownictwa miejskiego p. Dąbrowski opracował ważną także pod względem sanitarnym sprawę bruków i chodników. Następnie dyrektor budownictwa miejskiego Niedziałkowski przedstawił potrzebę i plan kanału w ulicy Starowiślnéj z odnogą prowadzącą doń z Blichu przez Wielopole, tudzież uwiadomił o takiéj zmianie ujścia kanału miejskiego do Wisły pod Wawelem, która będzie okolicę Przewozu i przy najmniejszym stanie wody chronić od gazów kloacznych. Na wywody dyrektora budownictwa miejskiego zgodzono się po krótkiéj dyskusyi w zupełności. Opracowany przez prof. Dra Obalińskiego wykaz przyrządów i narzędzi potrzebnych do ratunku w przypadkach nagłych przyjęto bez zmiany i postanowiono starać się o wstawienie odpowiedniéj kwoty do budżetu miejskiego na rok 1884. R. m. Dr. Domański przedstawił trzy wnioski: 1) aby ze względu na trafiające się od czasu do czasu w Krakowie przypadki zatrucia grzybami Komisyja sanitarna zajęła się urządzeniem skutecznéj pod względem higijenicznym kontroli nad sprzedażą i konsumpcyją grzybów i w tym celu udała się do proff. Drów Janczewskiego, Łazarskiego i Rostafińskiego z prośbą o odpowiednie wskazówki, 2) aby Komisyja sanitarna dla zapobieżenia wybuchom gazu do świecenia zawezwała magistrat o pouczenie ludności odpowiedniém obwieszczeniem, jak jest rzeczą niebezpieczną wchodzić ze światłem do przestrzeni, w któréj gaz czuć a tém bardziéj poszukiwać płomieniem, zkąd gaz uchodzi, a nakoniec, 3) aby ze względu, że po zmianach obecnie w teatrze krakowskim zaprowadzonych obawiać się należy nie tyle pożaru, ile paniki nieuzasadnionéj i lada czém wywołanéj ze strony publiczności, która pamiętna na katastrofę w Ringteatrze wiedeńskim traci wszelką rozwagę i rzuca się tłumnie do wyjść sobie znanych, tworząc tém dopiero właśnie największe niebezpieczeństwo, wezwać Magistrat o zarządzenie, żeby wszystkie wyjścia nadzwyczajne za przykładem Berlina były oświecane lampami czerwonemi ze strzałkami oznaczającemi kierunek wyjścia, żeby publiczność zniewalano przynajmniéj raz na tydzień i to naprzemian w soboty i niedziele do opuszczania teatru wyjściami nadzwyczajnemi, nakoniec żeby nad wykonaniem tych rozporządzeń czuwali pod własną odpowiedzialnością dyrektor budownictwa miejskiego i naczelnik straży pożarnéj. Wnioski te poparte energicznie przez prezydenta miasta przyjęto jednomyślnie i przekazano Magistratowi do wykonania.

Ω. Na posiedzeniu Towarzystwa bijologicznego w Paryżu dnia 10 listopada odczytano sprawozdanie Komisyi francuskiéj wysłanéj do Egiptu z powodu cholery. Komisyja ta podaje, że w wymiocinach i odchodach stolcowych cholerycznych jakotéż i w treści kiszek przy sekcyjach znajdowano taką ogromną ilość najróżnorodniejszych postaci drobnowidowych grzybków, że Komisyja nie mogła dotąd stanowczo orzec, którym postaciom należałoby przypisać znaczenie patogenetyczne. Komisyja zgadza się z Drem Kochem, że grzybek przez niego opisany przeważnie występuje, że go się napotyka w różnych tkaninach przewodu pokarmowego. Jednakowoż grzybka tego, podobnego do *bacillus mallei humidi*, nie znaleziono w przypadkach cholery gwałtownie przebiegających *(foudroyante)*, co zdaniem Komisyi przemawia przeciw twierdzeniu Kocha, aby ów grzybek był chorobotwórczym. We krwi cholerycznych znajdowano stale maleńkie ciałka, podobne do komórek fermentu mlecznego, hodowla ich jednak ani razu w żaden sposób się nie udała. Również nie powiodło się Komisyi przeszczepienie jadu cholerycznego na zwierzęta.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 18—24 listopada umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 26,3. Z ospy umarło 2 (1 z. t.); z odry 2 (0 z t.); z płonicy 4 (4 z. t.); z błonicy 2 (1 z. t.); z róży 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach ospicy, 5 odry, 6 płonicy, 3 błonicy, 3 krztuśca. W Londynie umarło z ospy od 11—17 listopada 0, zapadło świeżo 24, leczyło się w szpitalach 55. Po 1 osobie umarło w Budapeszcie, Brukseli, Roterdamie, Petersburgu, Warszawie, Saragosie i Lizbonie, po 2 osoby w Wiedniu i Granadzie, po 3 w Paryżu, Birmingham i Aleksandryi, po 6 w Madrycie i Nowym Orleanie, 10 w Murcyi, 22 w Maladze, 26 w Pradze, 34 w Madrasie. Z duru osutkowego umarło po 1 w Petersburgu, Murcyi, Saragosie, Granadzie; po 2 w Londynie i Walencyi, 3 w Maladze, 7 w Madrycie. Z cholery umarło w Aleksandryi (od 4—10 listopada) 21, w Bombayu (od 10—16 października) 4. W San Francisco umarło (od 20—26 października) 1 z febry żółtéj.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 11—17 listopada umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 31,6; we Lwowie 33,3; w Warszawie 29,7; w Poznaniu 24,4; w Wiedniu 24,3; w Budapeszcie 23,1; w Pradze 29,7; w Berlinie 25,0; w Hamburgu 21,8; we Wrocławiu 21,8; w Gdańsku 24,5; w Mnichowie 27,3; w Dreźnie 26,1; w Lipsku 18,2; w Bazylei 9,5; w Brukseli 25,9; w Amsterdamie 30,5; w Hadze 23,2; w Paryżu 23,4; w Londynie 22.2; w Kopenhadze 17,1; w Stokholmie 18,3; w Chrystyjanii 18.3; w Petersburgu 25,2; w Odesie 36,1; w Rzymie 20,6; w Wenecyi 22,2; w Bukareszcie 29,6; w Madrycie 36,0; w Lizbonie 28,4, w Aleksandryi 47,1; w Filadelfii 20,8; w Bombayu 22,8; w Madrasie 36,1. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 6 grunia. Wydział krajowy mianował prof. Korczyńskiego Przewodniczącym w Komitecie administracyjnym szpitala św. Łazarza w Krakowie. Wiadomość tę podajemy z prawdziwém zadowoleniem, ponieważ po raz pierwszy godnością tą zaszczycony został lekarz. Po znanéj energii nowego Przewodniczącego spodziewamy się, że urzeczywistnioném zostanie życzenie wszystkich lekarzy, aby Zakład tak wielki, posiadający znakomite siły lekarskie, ogłaszał sprawozdania roczne, na wzór wychodzących w większych miastach Austryi i Niemiec, a którćto sprawozdania są nader pouczającemi dla lekarzy i ważnemi dla kraju; a spodziewamy się tego tém bardziéj, o ile nowo mianowany Przewodniczący już jako prymaryjusz tego szpitala wziął inicyjatywę w ogłoszeniu sprawozdania ze swego oddziału przynajmniéj, a jako członek Komitetu wielokrotnie potrzeby takich sprawozdań rocznych dowodził. — Co do kosztów wydawnictwa obawy są przesadzone, ponieważ znajdzie się sposób sprowadzenia wydatku do kwoty więcéj niż skromnéj.

* Towarzystwo lekarskie krak. wybrało na ostatnich posiedzeniach członkami czynnymi pp. lekarzy pułkowych Drów Mateusza Bočka i Bogumiła Fischera, oraz Drów Adama Dobruchowskiego, Henryka Ottona i Józefa Wiczkowskiego; członkiem zaś korespondentem p. Dra Henryka Dobrzyckiego w Warszawie.

* W ostatnim Numerze *Gazety Lek.* redakcyja wytyka Komisyi, wyznaczonéj z łona Tow. lek. krak., a mającéj za zadanie przesyłanie sprawozdań z prac polskich do roczników Virchowa i Hirscha, brak wytrwałości i zaniedbywanie się do tego stopnia, że w roczniku ostatnim mała tylko ilość sprawozdań z prac polskich się mieści. Przyznać niestety musimy, że zarzut ten jest aż nadto usprawiedliwiony, a jeżeli redakcyja dowodzi, że takie streszczenia, jakie w ostatnich czasach się ukazały, przynoszą raczéj szkodę aniżeli korzyść, to i z tém zdaniem najzupełniéj się zgadzamy, i to tém bardziéj, o ile sami od lat kilku przy każdéj sposobności w łonie Towarzystwa zwracaliśmy uwagę na chylenie się ku upadkowi Komisyi, naszém zdaniem najważniejszéj, ale téż i najbardziéj w obec kolegów odpowiedzialnéj, ponieważ każde pominięcie pracy jakiejś uważaliśmy za ubliżenie autorowi, wprawdzie nie zamierzone, ale niemniéj dotkliwe Zdanie to podzielali i koledzy miejscowi, a wynikiem tego niezadowolenia ogólnego było staranie o poprawę. Zabiegi

w téj mierze przez lat kilka były płonnemi, a upadek stawał się coraz oczywistszym, i doszedł do najniższego szczebla w roku bieżącym. Komitet Tow. lekarskiego przystąpił jednak energicznie do gruntownéj reformy Komisyi sprawozdawczéj, a na kilku posiedzeniach zastanawiał się nad wnioskami, zredagowanemi przez przewodniczącego Komisyi, które z pewnemi zmianami właśnie na ostatniém posiedzeniu pełném Tow. lekarskiego przyjęte zostały jednogłośnie. Tym sposobem Komisyja wchodzi w nową fazę istnienia swego, a spodziewajmy się, że okres ten będzie pomyślniejszy i lepiéj odpowie słusznym wymaganiom kolegów. Przewodniczącym pozostanie nadal prof. Oettinger, który dobiera sobie kilku referentów specyjalistów i sekretarza; każdy sprawozdawca podpisuje swój referat i otrzymuje za pracę swoją honoraryjum z kasy Towarzystwa; przewodniczący i sekretarz osobne otrzymują wynagrodzenie za pracę swoją uciążliwą, również z funduszów Towarzystwa.

Komisyja sprawozdawcza, od lat kilku istniejąca, pracowała dotąd bezinteresownie, albowiem honoraryjum. które nakładca roczników płaci za sprawozdania, jest tak skromném, że starczy zaledwie na pokrycie kosztów przepisywania itd.; przewodniczący i sekretarz mieli zadanie najprzykrzejsze, pierwszy zbierania sprawozdań i poprawiania ich pod względem językowym, a często nawet i tłumaczenia na język niemiecki, ostatni zestawiania prac w ciągu roku ogłoszonych i dostarczania odnośnych numerów poszczególnym referentom. Podczas gdy przewodniczący nigdy nie szczędził czasu i trudu, aby wywiązać się należycie z zadania swego, sekretarz nie mógł podołać swemu obowiązkowi, a to dla braku należytéj ilości egzemplarzy czasopism pozamiejscowych, a mówiąc wyraźniéj warszawskich. Ponieważ każdy członek Tow. lek. krak. otrzymuje egzemplarz Przegl. Lek., więc też co do naszego tygodnika nigdy trudność nie zachodziła, każdy referent posiadał bowiem własny egzemplarz i nic dziwnego, że przedewszystkiém zabierał się do zdania sprawy z tego pisma, które miał pod ręką; ztąd tłumaczy się nierównie większe uwzględnienie rozpraw ogłoszonych w Przegl. Lek., a bynajmniéj nie było ono wynikiem jakiegoś szczególnego uprzywilejowania tego pisma. Z drugiéj strony częste pomijanie prac ogłoszonych w pismach warszawskich nie dowodzi wcale, jakoby był dotkliwy brak tych pism w Krakowie, a tém mniéj jakiéjś chęci ubliżenia im. i ich współpracownikom; ale ponieważ z natury rzeczy wypływa, że nie każdy sprawozdawca posiada pisma warszawskie, tak jak posiada Przegl. Lek., więc niejeden zmuszony był czekać na dostarczenie sobie odpowiednich numerów przez sekretarza, który znów dostarczać ich albo wcale nie mógł albo przynajmniéj nie dość wcześnie, z téj prostéj przyczyny, że żaden właściciel pisma nie chciał go pożyczać z obawy nadwerężenia kompletu, bo numery często ginęły. Dodajmy do tego braku pism i tę okoliczność, że niektórzy referenci już to z powodu zajęć, choroby, przeniesienia się do innego miasta, już też to z innych powodów, nie dotrzymywali terminu przez redakcyję roczników ściśle oznaczonego i że już kilkodniowe opóźnienie się z dostarczeniem referatu pociąga za sobą nieumieszczenie tegoż,—a mamy główne powody, dla których, pomimo najlepszych chęci Towarzystwa lek., Komisyja w mowie będąca nie prosperowała. Wreszcie i na to zwrócić musimy uwagę, że zwyczajem dotąd było przyjętym w Komisyi, nie podawać tych prac autorów polskich, które równocześnie ogłoszone były w języku niemieckim; jak słyszymy, na przyszłość Komisyja zamierza odstąpić od tego zwyczaju, a to z słusznego wychodząc zapatrywania, że praca polska nie przestaje być częścią integralną piśmiennictwa naszego, choćby ukazała się i w języku obcym.

Uważaliśmy za rzecz wskazaną, rozpisać się nieco obszerniéj nad dotychczasową działalnością Komisyi sprawozdawczéj, przeciw któréj, jak przyznajemy, po największéj części słuszne podnoszono zarzuty, a zarazem zapowiedzieć działanie jéj skuteczniejsze w przyszłości; ale zarazem korzystamy z téj sposobności, aby poprzeć prośbę Komisyi wystósowaną do redakcyj pism lekarskich polskich o przysyłanie jéj rok rocznie kompletów, a przedewszystkiém upraszamy kolegów, aby odbitki swych prac zechcieli przysłać na ręce przewodniczącego lub sekretarza Komisyi (prof. Oettingera lub Dra Kopffa), odbitki bowiem najbardziéj ułatwiają sprawozdawcom i sekretarzowi pracę uciążliwą. A jeżeli tak redakcyje, jako i poszczególni autorowie zechcą przychylić się do naszéj prośby, wtedy tuszymy sobie, że Komisyja w obecnych warunkach wypełni należycie zadanie swoje, co do ważności którego najzupełniéj zgadzamy się z redakcyją *Gazety Lek.*

* W klinice prof. Madurowicza wykonano d. 25 listopada wycięcie torbiela jajnikowego, a przebieg do téj chwili jest całkiem prawidłowy. Jest to od roku 5ta z kolei owaryjotomija, wykonana w téj klinice z wynikiem pomyślnym. W przypadku ostatnim operacyję uskutecznił asystent kliniki.

* **Berlin.** Na posiedzeniu Tow. fizyjologicznego, odbytém w d. 26 października r. b. prof. Munk przedłożył badania rodaka naszego Dra Daniłły, docenta w Petersburgu, nad padaczką mózgową, która to praca umieszczoną będzie w archiwie du Bois-Reymonda.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Heidelberg.** Prof. nadzw. Thoma mianowany został prof. zwyczajnym. — **Dorpat.** Docent prywatny Dr. Braun mianowany prof. nadzw. — **Praga czeska.** Zastępca prof. anatomii patolog. Dr. Hlava potwierdzony został przez Ministerstwo oświecenia jako docent prywatny tego przedmiotu w Wydziale lek. czeskim. — Dzienniki polityczne donoszą o mianowaniu lekarza powiatowego Dra Reinsberga nadzw. profesorem medycyny sądowéj w tymże Wydziale. Zdawało się, że mianowany zostanie Dr. Hněvkovský, dla tego wiadomość powyższą podajemy z zastrzeżeniem.

Redakcyja otrzymała:

Prof. E. HOFMANN: Lehrbuch der gerichtl. Medicin, III vermehrte u. verbesserte Auflage, 2te Hälfte (Bogen 29—61). Wien u. Leipzig, Urban et Schwarzenberg 1884.

Dr. DANIŁŁO (docent Akademii lek. w Petersburgu): Encephalite parenchymateuse limitée de la substance grise avec épilepsie partielle (Jacksonienne) comme syndrome clinique. (Osobne odbicie z Archives de Neurologie Nr. 17) in 8vo str. 20 z tabl.

Tenże: Quelques considérations sur les sillons artériels de l'endocrane chez l'homme. (Osobne odbicie z Bullet. de la Sociéte d'Anthrop.) in 8vo str. 8.

Prof. Alfred FOURNIER: Syfilis i małżeństwo, przełożył za upoważnieniem autora Dr. Antoni Elsenberg, Warszawa 1884, in 8vo str. 206 i VI.

Wł. ŁUSZCZKIEWICZ: Nauka o budowie kształtów zewn. ciała ludzkiego. (Anatomija artystyczna) z 49 tabl. litograf. Kraków 1883, in folio str. 59.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 8 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 15 grudnia 1883. № 50. Rok XXII.

I. Przypadek gastrostomii.

Podał Dr. A. Schattauer we Lwowie.

Wiadomo powszechnie, że skutkiem umyślnego lub przypadkowego połknięcia kwasów mineralnych, jakotéż alkalijów, powstają częstokroć głębokie obrażenia ścian gardziela, które już w krótkim czasie sprowadzają rozległe zwężenia. W takich przypadkach metodyczne leczenie za pomocą zgłębników i rozszerzadeł nie doprowadza do pożądanego celu. Mimo cierpliwości ze strony lekarza a wytrwałości chorego nie zawsze można liczyć na trwałe przywrócenie drożności. Podobnie jak w bliznowatéj cieśni cewki moczowéj polepszenie bywa tylko chwilowém. Nawet w miarę częstszego sondowania miejsca bliznowate ulegają coraz większemu zwężeniu a upośledzenie połykania coraz bardziéj się wzmaga. W takich na szczęście nie zbyt częstych zwężeniach gardziela zniewoleni jesteśmy uciec się do energiczniejszych zabiegów chirurgicznych. Wybór ich zależy od siedziby cieśni.

Jeżeli mamy do czynienia ze zwężeniem w odcinku piersiowym przerzeczonéj części przewodu pokarmowego, albo, jeżeli jest kilka blizn, zwężających jéj światło, mamy poniekąd dwie drogi do uratowania chorego od grożącéj mu śmierci głodowéj: wykonanie esofagotomii wewnętrznéj, lub téż utworzenie przetoki żołądkowéj czyli gastrostomiję.

Nadmienić tu wypada, że w obec niskiego umiejscowienia cieśni wykonano kilkakrotnie także esofagotomiję zewnętrzną i następnie starano się z góry rozszerzyć miejsce zwężone narzędziami tępemi. (Horsey, Bruns, Bryk). W ostatnich zaś czasach Gussenbauer wykonał esofagotomiję zewnętrzną, a wprowadziwszy przez otwór gardziela wąski nóż rozciął cieśń poniżéj będącą. Postępowanie to nazwał on skombinowaną esofagotomiją (*Zeitschrift f. Heilkunde* T. IV, str. 33). Skutek téj operacyi był w jednym przypadku trwałym. Trudno już obecnie orzec, o ile metoda ta w przyszłości ograniczy zakres gastrostomii. W każdym jednak razie posiada ona niezaprzeczoną wyższość nad esofagotomiją wewnętrzną. Ten ostatni rękoczyn, wprowadzony przez Maisonneuvea i przeważnie przez chirurgów francuskich polecany, nie zdobył sobie dotychczas szerszego uznania. W obec dość ubogiéj kazuistyki, przeważnie niepomyślnéj i jako operacyja na oślep wykonywana, nie zdołała ona wyrugować gastrostomii.

W przypadkach tedy wielokrotnych zwężeń bliznowatych u osób wymorzonych, jakotéż jeżeli niedrożność ma swoją siedzibę nad wpustem żołądka, oddać trzeba pierwszeństwo gastrostomii.

Powyższe uwagi skłoniły mnie do wykonania gastrostomii w przypadku, którego opis poniżéj umieszczam:

Baila T., 12 lat licząca dziewczyna, przyjęta 22 grudnia 1882 do szpitala św. Zofii, podaje, że przed rokiem wypiła przez pomyłkę roczczyn kwasu siarkowego, używany do czyszczenia naczyń. Zaraz potém dostała silnych wymiotów, połączonych z gwałtownemi bólami. Następnie chorowała obłożnie przez dwa tygodnie i wówczas z trudnością połykała nieco wody i mleka. Po upływie tego czasu doznała ulgi; wkrótce atoli rozwinęła się taka trudność w połykaniu, iż tylko małe ilości mogła przyjmować mleka i wody. Stan ten zmusił ją do szukania pomocy lekarskiéj w tutejszym szpitalu powszechym, gdzie po 6-tygodniowém leczeniu za pomocą wprowadzania zgłębników doznała takiego polepszenia, że mogła stałe pokarmy przełykać. Nie długo jednak cieszyła się tém polepszeniem, gdyż już po trzech tygodniach stan dawniejszy zwolna powracał. Trudność w połykaniu wzmogła się wkrótce do tego stopnia, że tylko z wielkiém wysileniem mogła trochę płynów przełykać. Gdy głód zaczął jéj mocno dokuczać, a osłabienie coraz więcéj wzrastało, przybyła do zakładu.

Stan choréj był w dniu przyjęcia następujący: Wychudnienie przerażające. Skóra cienka, blada i sucha. Oczy i lica zapadłe; powieki na wpół przymknięte. Na szyi cienkiéj

ani krtań ani tchawica nie przedstawiają żadnych zboczeń. Głos przytłumiony, ale czysty. Język wilgotny, przełyk prawidłowy. Obojczyki i żebra mocno wystające. Opuk i przysłuch płuc i serca wykazują, oprócz słabych tonów sercowych, prawidłowe stosunki. Brzuch nieckowato zapadły, kręgosłup daje się z łatwością przez powłoki brzuszne wyśledzić. Tętnienie aorty brzusznéj widać i czuć wyraźnie. Odgłos wypukowy w dołku podsercowym jawno bębenkowy, w innych miejscach stłumiono bębenkowy. Tętno 74, cieplota 36·4°C. Mocz skąpy, blady, bez składników nieprawidłowych. Stolec zwykły co kilka dni. Łaknienie i pragnienie wielkie, jednakowoż tylko małą ilość wody lub mleka może przełknąć. Pokarmy stałe albo téż połkniętą większą ilość płynu natychmiast zwraca do jamy ust z dużą ilością śliny, którą téż ciągle spluwa. Nie żali się na ból przy połykaniu. Chód chwiejny, nogi i ręce chłodne. Większą część dnia przepędza w łóżku drzemiąc. Ciężar ciała wynosi 21½ kilo.

Badanie zgłębnikiem żołądkowym o średnicy 8 mm. natrafia w odległości 18 cm. od zębów siecznych na przeszkodę, przez którą dopiero sonda elastyczna o średnicy 2 mm. dala się przesunąć bez znaczniejszego oporu. Posuwając takową daléj czuje się znacznie niżéj drugą zaporę, którą z trudnością przekroczywszy dostać się można do jamy żołądka.

Na podstawie powyższego badania nie można było wątpić o obecności zwężenia gardziela w dwóch miejscach, mianowicie: na początku odcinka piersiowego, i znacznie niżéj nad samym wpustem żołądka. Co zaś do własności tych zwężeń było pewném z uwagi na wywiady, że takowe są bliznowate. Ponieważ chora po pierwszém sondowaniu nieco lepiéj zaczęła połykać, więc rozpoczęto zwykłe leczenie za pomocą codziennego wprowadzania zgłębników elastycznych. Po 2 tygodniach wchodziła z łatwością sonda o średnicy 4 mm. Płynne pokarmy przełyka chora, stałe zaś zwraca. Cera, wyglądanie i siły trochę się poprawiły. Do 16 stycznia 1883 trwało systematyczne wprowadzanie zgłębników. Doprowadzono do sondy o średnicy 5 mm., która jednak tylko czasem przechodzi i zwykle choréj ból sprawia.

Po kilku dniach nastąpił o tyle niepomyślny zwrot w przebiegu, że chora użalała się po każdorazowém sondowaniu na dokuczliwy ból w głębi piersi, tak, że tylko przez 10 minut można było pozostawiać sondę w gardzielu.

Dnia 20 stycznia tylko z trudnością wchodzi sonda o średnicy 3 mm. Odtąd sondowanie stało się coraz trudniejszém tak, że dnia 24 stycznia nie można było sondy o 2 mm. średnicy wprowadzić do żołądka. Połykanie coraz mozolniejsze, zwracanie płynów coraz częstsze, tak, że trzeba było używać enem odżywczych. W skutek prawie zupełnie zniesionego dowozu pokarmów stan odżywienia coraz widoczniéj podupadał, a objawy wymorzenia stawały się coraz groźniejszemi. Nie pozostawało przeto nic innego, w obec zagrażającéj utraty życia przez wygłodzenie, jak co rychléj przystąpić do wykonania gastrostomii. Dłuższe bowiem wyczekiwanie byłoby naraziło zamierzony rękoczyn na pewne niepowodzenie, w skutek szybko wzrastającego wycieńczenia.

Dnia 29 stycznia 1883 przystąpiłem do operacyi, którą przy ścisłém zachowaniu prawideł antyseptyki wykonałem w następujący sposób: Po uśpieniu choréj poprowadzono cięcie 6 cm. długie, poczynające się na 1 cm. poniżéj i nieco na lewo od końca wyrostka mieczykowatego, równoległe z łukiem żebrowym i na 2 cm. poniżéj tegoż. Następnie przecięto mięsień prosty lewy, pozostawiając brzeg jego wnętrzny nietkniętym. Kilka drobnych tętniczek podwiązano katgutem. Po przecięciu tylnéj pochwy m. prostego l. ujęto otrzewnę w fałd, nacięto takowy, rozszerzono cięcie ku górze i dołowi, w kierunku równoległym z cięciem skórném. Brzegi otrzewny ustalono obustronnie szczypczykami. W górnym kącie rany wysunęła się część dolnego brzegu wątroby, którą cofnięto palcem ku górze. Teraz pojawiła się część przewodu pokarmowego, którą po matowym połysku powierzchni, po mięsistości ścian, po rozgałęzieniu naczyń, jakotéż po zbadaniu granic ku górze i ku stronie prawéj rozpoznano jako żołądek. Ujęto szczypczykami tępemi fałd od strony wpustu, tudzież wygięcia mniejszego i wyciągnięto go trochę na zewnątrz rany. Część tę żołądka 4 cm. długą a 2½ cm. szeroką przytwierdzono bez napięcia do ściany brzusznéj wieńcem szwów, które ujmowały otrzewnę rany na 1 cm. od brzegu i przebiegały w ścianie żołądka pod warstwą mięsną w téj saméj długości. Nadto dano po obu bokach fałdu po jednym szwie, który przenikał całą grubość ściany brzusznéj. Do szycia użyto jedwabiu Czernego. Następnie odprowadzono kawałek sieci, który podczas szycia był wypadł. Brzegi otrzewny, jak również skóry w dolnéj części rany, spojono kilkoma szwami i przyłożono duży opatrunek Listerowski. Podczas przyszywania żołądka uważano ciągłe napinanie do wymiotów.

Przebieg pooperacyjny bez żadnych zamąceń. Ciepłota podniosła się 3go dnia w. do 37·9°C. a tętno wynosiło 116 uderzeń na minutę. Język wilgotny, wiatry odchodzą, bólów nie ma żadnych, sen spokojny. Najwięcéj dokucza choréj nagromadzająca się ślina, którą bardzo często wyrzuca. Mocne pragnienie gasi kawałkami lodu z małą ilością koniaku. Żywienie odbywa się za pomocą enem odżywczych.

Dnia 2 lutego zmiana oprawy. W dolnéj części rany rychłozrost. Stożek żołądka przyszytego zmniejszył się znacznie i zapadł się w głąb. Popołudniu zwykły stolec.

Dni następnych zaczęła chora mimo lewatyw odżywczych widocznie zapadać.

Dnia 4 lutego, tj. po upływie 6téj doby, nacięto w długości 1½ cm. przyrośnięty do rany żołądek i wprowadzono przez ten otwór rurkę kauczukową miękką o 8 mm. średnicy, opatrzoną na końcu wystającym uściskaczem metalowym. Przymocowano ją tasiemką i opaskami, powlekłszy skórę w sąsiedztwie przetoki grubą warstwą kolodyjonu. Przez rurkę wlano pół litra mleka i odtąd żywiono chorą przez przetokę w odstępach regularnych. Z początku podawano płynne pokarmy, jak rosół, mleko, kawę itd.; po upływie kilku dni gęściejsze.

Tylko z początku, mimo na pozór szczelnego przystawania rurki, wypływało trochę płynnéj treści żołądkowéj i to tylko przy większém napełnieniu żołądka. Rurki z rogu i z twardego kauczuku okazały się o wiele mniéj praktycznemi. Do wyprysku na skórze nie przyszło, gdyż kolodyjon ochraniał ją od działania drażniącego soku żołądkowego w sposób zadowalający. W 14 dni po operacyi chora wstała z łóżka. Nie tylko wejrzenie, ale także siły okazują korzystną zmianę. Ciężar ciała wykazał pół kilograma przybytku.

Gdy się już chora oswoiła z swoim stanem, użyłem do żywienia sposobu, podanego przez Trendelenburga (*Langenbecka Archiw* Tom 22, p. 227). Kawałek cewki gutaperkowéj 20 cm. długiéj o średnicy 12 mm. opatrzono na jednym końcu w mały lejek szklany, w drugi zaś koniec wsunięto kawałek rurki szklanéj. Ten ostatni wkłada chora do rurki gutaperkowéj, wystającéj z przetoki. Następnie po-

żuwszy dokładnie pokarmy, połyka je w zwykły sposób, gdy takowe dojdą do cieśni, zwraca je i zmięszane z śliną wpuszcza do lejka, zkąd dostają się do żołądka. Po kilku próbach przyswoiła sobie chora ten sposób żywienia bez trudności.

W 6 tygodni po operacyi ważyła ona 25 kilo i stan jéj odżywienia nie pozostawiał nic do życzenia.

Ponieważ wówczas stwierdziłem, że chora przełyka nieco wody, więc podjąłem na nowo usiłowania w celu przywrócenia drożności gardziela. Zamiar jednak sondowania przez usta spełzł na niczém, bo cienka sonda koniczna po przejściu górnéj cieśni zatrzymywała się każdym razem na przeszkodzie będącéj na dolnym końcu gardziela. Obrałem przeto do sondowania przeciwną drogę, tj. od żołądka. Grubsza sonda wprowadzona po tylnéj ścianie żołądka dostaje się do gardziela, powyżéj jednak wpustu napotyka na nieprzebytą zaporę. Cieńszemi zaś sondami nie można było trafić do gardziela, bo zatrzymywały się one z powodu swéj giętkości na fałdach błony śluzowéj, lub téż okręcały się w jamie żołądka. Ażeby umożliwić wprowadzenie cieńszych sond, postąpiłem sobie w następujący sposób: koniec elastycznéj sondy konicznéj o średnicy 2 mm. ująłem w ramiona cieńkich kleszczy gardzielowych i trzymając się linii środkowéj ciała wsunąłem je po tylnéj ścianie żołądka do dolnego końca gardziela. Doszedłszy pod miejsce zwężone rozszerzyłem nieco ramiona i nie wyciągając kleszczy posunąłem sondę ku górze. Przeszła ona dość łatwo przez dolne zwężenie i nie napotkała daléj żadnego oporu. Skoro jéj koniec dosięgnął połyku, zaczęła się chora mocno dławić. Obecność sondy w połyku można było stwierdzić palcem i wzrokiem. Ściągnięto ją następnie trochę na dół, ażeby oszczędzić choréj przykrego drażnienia w gardle i pozostawiono przez pół godziny.

Tym sposobem z dołu do góry odbywało się codziennie sondowanie, i po 4 tygodniach doprowadzono do sondy 5 mm. Ten sposób działania nie sprawiał dolegliwości, tylko przetoka doznała znacznego rozszerzenia, tak, że trzeba było założyć znacznie grubszy dren, aby nie dopuścić odpływu treści żołądkowéj. Jakkolwiek chora już nawet gęściejsze pokarmy mogła przełykać drogą naturalną, to przez usta podawano tylko płyny, a główne żywienie odbywało się przez przetokę kilka razy dziennie.

W kwietniu 1883 zacząłem wprowadzać na nowo sondy od góry, przyczém od pierwszego razu z łatwością przeszła przez oba zwężenia sonda 5 mm. Postępując zwolna doprowadziłem w 6ciu tygodniach do 8 mm. sondy, która bez oporu do żołądka wchodziła. Chora zaprzestała się żywić przez przetokę, gdyż wszystkie potrawy dochodziły do żołądka drogą naturalną. Do przetoki wkładano coraz cieńsze rurki, przez co się takowa wkrótce tak ściągnęła, iż nakoniec można było zupełnie wyjąć rurkę i zastąpić ją małą poduszeczką gutaperkową, którą przytwierdzono do ciała za pomocą przylepca i opaski. Z przetoki nie wypływało nic treści żołądka, tylko wyjątkowo, gdy takowy był nad miarę wypełniony płynami, po zdjęciu opaski wysączało się nieco wody. Gdy chora nauczyła się sama wprowadzać sondy, wypuszczono ją z zakładu z początkiem czerwca 1883 z poleceniem, aby codziennie na pół godziny wprowadzała sondę.

Według niedawno zasięgniętéj wiadomości żyje ona i przełyka dobrze. Nie można jednak zataić obawy, że poprzedni stan niedrożności może powrócić, jeżeli chora zaprzestanie wprowadzać sondy od czasu do czasu. Jak z powyżéj opisanego przypadku wynika, nie należy przy cieśni bliznowatéj gardziela uważać leczenia za ukończone po dokonanéj gastrostomii.

Jest ona właściwie pierwszym zabiegiem usuwającym na razie grożące niebezpieczeństwo, podobnie jak tracheotomija w cieśni krtaniowéj. W dalszym ciągu, skoro stan odżywienia chorego poprawia się, należy podjąć dalsze usiłowania w celu przywrócenia naturalnéj drożności. Nie da się bowiem zaprzeczyć, że każdy mający przetokę żołądkową z pewném obrzydzeniem przyswaja sobie nowy sposób żywienia i radby za każdą cenę pozbyć się kalectwa, które jest dlań w pożyciu z ludźmi bardzo przykrém. Jeżeli przeto nie można pokonać zwężenia z góry, możemy sondując od dołu przez przetokę dopiąć zamierzonego celu, jak w przypadku w mowie będącym.

Z uwagi że przypadki gastrotomii z powodu cieśni bliznowatéj gardziela przedstawiają dotychczas nieliczny poczet w literaturze, a sposób sondowania cieśni przez przetokę, z wyjątkiem przypadku podanego przez Bergmanna (*Deutsche med. Wochenschr.* Nr. 42) nie był dostatecznie uwzględniany, uważam ogłoszenie powyższego przypadku za usprawiedliwione.

II. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

Przyczynek do nauki o samoistném znużeniu serca.

(Znaczny przerost serca, rozległa zakrzepica żylna).

Skreślił Dr. Alfred Wolfram.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 49).

Z objawów podmiotowych szczególniéj dokuczliwym dla choréj był bardzo silny, tępy ból w okolicy serca. Występował on napadami, zarówno w dzień jak i w nocy, częstokroć bez widocznéj przyczyny, mimo zupełnie spokojnego zachowania się choréj, innym razem skutkiem kaszlu lub przy zmienianiu położenia, powtarzał się w ogóle bardzo często, i to z większém lub mniejszém nasileniem. Główném siedliskiem jego była dolna okolica serca, ztąd jednak rozpromieniał się na całą przednią lewą połowę klatki piersiowéj aż do linii pachowéj. Przedmiotowo nie można było wykazać żadnéj bolesności wzdłuż przebiegu nerwów międzyżebrowych, jako téż odszukać jakich punktów bolesnych, coby wskazywać mogło nerwicę międzyżebrową.

Mniéj uciążliwém dla choréj było bicie serca. W przebiegu obserwacyi klinicznéj nie było ono nigdy silném, natomiast na krótki czas przed przyjęciem do kliniki miało być znacznie dla choréj dokuczliwsze. Niekiedy towarzyszyło ono bólom w okolicy serca, w ogóle powtarzało się rzadko.

Duszność występowała napadami równocześnie z bólami w okolicy serca, i wtedy towarzyszyła jéj niekiedy znaczniejsza sinica.

W narządzie trawienia wyraźniejszych zboczeń nigdy nie spostrzeżono.

Mocz, zazwyczaj wysycony i skąpy, stawał się obfitszym, gdy czynność serca się poprawiała; w razie znaczniejszéj jego niedomogi powiększała się ilość białka, wałeczków jednak nigdy w osadzie nie stwierdzono.

Niestosunek między obrzękiem odnogi dolnéj lewéj a prawéj utrzymywał się przez cały czas obserwacyi. Dnia 23 stycznia wystąpiła również bolesność wzdłuż przebiegu lewéj żyły odgoleniowéj większéj *(vena saphena maj.)*, a przy dotyku okazał się obrzęk w tém miejscu twardszym. Następnego dnia poczęła się chora żalić na dotkliwy ból już i

w odnodze dolnéj prawéj, która dotychczas, jakkolwiek obrzękła, przecież nie była bolesną. Przedmiotowe badanie nie wyjaśniło na pewno przyczyny bólu. Obrzęk jednak był twardszym wzdłuż przebiegu téj żyły niż gdzieindziéj, i w tém miejscu najwięcéj bolesnym. W trzy dni potém można już było spostrzedz znaczniejszy obrzęk sutka lewego i odpowiedniéj mu górnéj odnogi. Z początku dosięgał on tylko stawu łokciowego, posuwał się jednak zwolna coraz niżéj, aż zajął całą odnogę. Był on twardym i szczególniéj po wewnętrznéj stronie odnogi bolesnym. Badanie przedmiotowe wykazywało wzdłuż przebiegu żył po wewnętrznéj stronie odnogi największą zbitość i postronkowate stwardnienie. Bolesność w stawie nadgarstkowym prawym ustąpiła z czasem zupełnie, toż samo znikło i opuchnięcie w tém miejcu.

Rozszerzenie źrenicy lewéj okazało się tylko przemijającém. W ostatnich dniach choroby wzmogły się rozdrażnienie i niespokój, wystąpiły gwałtowne majaczenia, a w końcu i utrata przytomności.

Ciepłota pozostała po największéj części prawidłową; z każdym jednak nawrotem sprawy chorobowéj w płucach, szczególniéj w pierwszych dniach, podnosiła się; nigdy jednak nie przenosiła 39°C., rzadko sięgała ponad 38·5°C, w następnych dniach utrzymywał się stan podgorączkowy, lub wracała ciepłota normalna. Dopiero w ostatnich dniach choroby, gdy wystąpiło i wypocinowe zapalenie opłucnéj, podniosła się i przyjęła tor przepuszczający. Osłabienie ogólne zwiększało się coraz bardziéj.

R o z p o z n a n i e napotykało na trudności, które starano się zwalczyć rozumowaniem, opartém na badaniu przedmiotowém i śledzeniu przebiegu choroby. Powiększenie stłumienia serca w obu jego wymiarach, szmer skurczowy nad uderzeniem końcowém, zaostrzony drugi ton nad tętnicą płucną, objawy zastoju żylnego, łatwość wytłumaczenia sobie zmian następowych w innych narządach, mogły zrazu budzić podejrzenie wady w lewém ujściu żylném w okresie niedostatecznéj kompensacyi. Lecz najpierw przemawiał już przeciw temu brak jakiegokolwiek momentu etyjologicznego przyczynowego dla wady zastawkowéj. Chora nie przebywała nigdy gośćca stawowego lub mięśniowego, ani téż kiły, nie nadużywała nigdy napojów wyskokowych, a wówczas kiedy chorowała na zapalenie płuc, a późniéj na dur brzuszny, nie użalała się na żadne przypady ze strony serca, tak że trudno przypuścić, aby zapalenie wsierdzia było się rozwinęło jako powikłanie tych chorób. Powtóre charakter szmeru nie bardzo licował z rozpoznaniem wady zastawkowéj. Jakkolwiek był on ściśle przywiązany do skurczu i tylko do uderzenia końca ograniczony, tak że niewątpliwie był wsierdziowym a nie osierdziowym, przecież nie utrzymywał się stale wśród obserwacyi, ale tylko przez czas krótki. Pojawił on się zresztą nie przy względnie najlepszéj akcyi serca, lecz wtedy, gdy ona już znaczniéj osłabła i ustąpił znów po niejakim czasie bez wyraźniejszéj przyczyny. Szczegóły te nie bardzo przemawiały za tém, aby szmer ten był organicznym, choć z drugiéj strony stanowczo orzec nie pozwalały, czy jest funkcyjonalny. Już S t o k e s, a za nim i wielu innych przytaczają przypadki niewątpliwéj niedomykalności zastawki dwukończystéj, lub zwężenia dosyć znacznego w lewém ujściu żylném, gdzie za życia mimo tego przez długi czas tylko tony ponad sercem słyszeć można było, gdzie szmery, gdy się późniéj pojawiły, zachowywały się bardzo zmiennie tak co do jakości i siły, jak i co do czasu, przez który się utrzymywały, co dowodzi niewątpliwie, że i szmery organiczne nie zawsze stale utrzymywać się muszą. Tak jednak dzieje się tylko w wyjątkowych przypadkach wad zastawkowych w ścisłém słowa znaczeniu, podczas gdy dla szmerów funkcyjonalnych stanowi to względne znamię rozpoznawcze. Szmer ten w taki sposób pojęty łatwo się dał w naszym przypadku tłumaczyć względną niedomykalnością zastawki dwukończystéj, o jakiéj przy tak znaczném rozszerzeniu serca trzeba było myśleć, albo niejednostajném drganiem i napinaniem jéj obu wentyli skutkiem niedostatecznéj działalności zwyrodniałych mięśni brodawkowych. Na podstawie tych właśnie szczegółów wykluczono téż z wszelkiém prawdopodobieństwem organiczną niedomykalność zastawki dwukończystéj.

Również i rozpoznanie zapalenia wsierdzia dostatecznie uzasadnić się nie dało. Wprawdzie groźne przypady ze strony serca obok spółcześnie występujących zawałów krwawych w płucach, a prawdopodobnie i w śledzionie, obok przemijającego szmeru wsierdziowego i od czasu do czasu pojawiającéj się gorączki, mogły zrazu za rozpoznaniem tém przemawiać; jednak zważywszy, że w tym okresie choroby kiedy szmer się pojawił, ciepłota była co najwyżéj podgorączkową; że zawały krwawe dostatecznie tłumaczyć mogła istniejąca niedomoga serca, a mianowicie skutkiem niéj w sercu wytworzone skrzepy, że stan gorączkowy ze zmianami zapalnemi w płucach w przyczynowy związek wprowadzić należało, gdyż z ich pojawianiem się i ustępowaniem i on się pojawiał i znikał, gdy nadto zapalenie wsierdzia zazwyczaj rozwija się wśród przypadów ostrych, a bardzo rzadko tak pełzająco, jak to w naszym przypadku chyba przypuścićby należało, gdy i żaden moment etyjologiczny dla niego wyśledzić się nie dał, co na każdy sposób tylko w razach wyjątkowych przytrafiać się zwykło, usunąć się musiała wszelka kliniczna podstawa takiego rozpoznania. Obraz kliniczny, jaki nam się przedstawił, z koniecznością do innéj choroby serca odnieść należało.

Ostre zapalenie mięśnia sercowego wykluczyć się dało, albowiem rozwija się ono zazwyczaj w towarzystwie zapalenia wsierdzia lub osierdzia, i zarówno z niemi przybiera przebieg ostry, czego w naszym przypadku stwierdzić nie można było; co się zaś tyczy zapalenia przewlekłego, jest ono zazwyczaj następstwem bardzo rzadko samoistném a pomijając nawet te okoliczności, trudno je było rozpoznawać w obec braku wszelkiego momentu etyjologicznego.

O wiele łatwiéj dały się wykluczyć zmiany chorobowe na zastawkach lub w ścianach tętnicy głównéj, a to w obec ujemnego wyniku, który otrzymano z przedmiotowego badania w téj okolicy serca. Toż samo nie podobna było tłumaczyć przerostu lewéj komórki znaczniejszą miażdżycą w tętnicy głównéj i jéj rozgałęzieniach w obec niemożności wykazania téj zmiany chorobowéj w tętnicach obwodowych. Uwzględniając nawet te, w ogóle rzadkie, przypadki chorobowe, w których miażdżyca usadawia się wyłącznie tylko na ścianach aorty lub na jéj zastawkach, a nie zajmuje tętnic obwodowych, trudno było przypuszczenie takie pogodzić z brakiem dźwięcznego drugiego tonu nad aortą, jakoteż ze słabém uderzeniem koniuszkowém i mało napiętém tętnem w tętnicach sprychowych, jakie się dały stwierdzić już w samym początku pobytu choréj w klinice.

Gdy zatém w ogóle przedmiotowe badanie dostatecznéj podstawy dla miażdżycy odszukać nie mogło, nie podobna było również myśleć o usadowieniu się téj sprawy

chorobowéj w tętnicach wieńcowych. Brak wałeczków w osadzie moczu, mimo kilkakrotnie powtarzanego badania, przy nieobecności reszty przypadów klinicznych, towarzyszących ziarnistemu zanikowi nerek, pozwalał i tę sprawę chorobową na pewno wykluczyć. Skoro więc z organicznych chorób serca żadne nie odpowiadało obrazowi choroby, z kolei nasuwało się pytanie, czy nie mamy przypadkiem z jaką nerwicą serca do czynienia? Napadami występujące, gwałtowne bóle w okolicy serca były niewątpliwie wielce podobne do bólów w dusznicy bolesnéj (*angina pectoris*). Gdy się jednak zważy, że napadom w dusznicy bolesnéj nie towarzyszy nigdy duszność w ścisłém tego słowa znaczeniu, jak to miało miejsce w naszym przypadku, lecz tylko podmiotowe uczucie duszności, gdy nie można było stwierdzić innych zboczeń w dziedzinie naczynio-ruchowéj, a i cały przebieg kliniczny przedstawiał się odmiennie, a nie tak, jak to bywa w dusznicy bolesnéj, brak był podstawy rozpoznawczéj i dla téj nerwicy serca. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Puschmann: **Die Medicin in Wien während der letzten 100 Jahre**. Wien, 1884, M. Perles, 8vo, str. 327.

Wiadomość podał prof. Dr. Józ. Oettinger.

W nadchodzącym r. 1884 dobiega lat sto od chwili, gdy według zbawiennéj myśli a potężnéj woli wielkiego reformatora państwa rakuskiego Cesarza Józefa II. z kilku przytulisk mniejszych opartych na urządzeniach przestarzałych a nie wystarczających więcéj na zaspokojenie wzrosłych potrzeb tak opieki publicznéj nad chorymi jak i nauki lekarskiéj, powstał w Wiedniu wielki szpital powszechny, który stanowi epokę żywszego ruchu naukowego i bujnego rozkwitu szkoły wiedeńskiéj. Autor nie mógł świetniéj uczcić téj wiekowéj rocznicy, jak roztaczając wierny a wielce pouczający obraz bogatych plonów naukowych w tém stuleciu i w tym zakładzie lub za jego bliższém lub dalszém pośrednictwem zebranych i pod jego zapładniającym wpływem wzrosłych i dotąd jeszcze przysparzanych. Ciekawy to ustęp dziejowy, w którym, jak rzadko, stykają się z sobą tak blisko ostateczne przeciwieństwa, ponure cienie obok jaskrawego światła, głębokie uśpienie obok żywego ocknienia, leniwy zastój obok przyspieszonego ruchu. Dobitnie uwydatniają się w nim przyczyny tego równie nagłego jak zbawiennego zwrotu, a czytelnik z napiętą uwagą chwyta te bijące w oczy spostrzeżenia, buduje się niemi i oświeca przekonywając się tu niemal naocznie o warunkach popychających naukę naprzód i przeszkodach rozwój jéj wstrzymujących. W téj epoce szkoła wiedeńska pogrążona długo w ciemności, w letargu, niedająca znaku życia ocknęła się nagle i rychło nietylko dorównała najsłynniejszym, ale je często prześcigała, obejmując częstokroć i na długo ster przewodnictwa. Dzieje też jéj w tym okresie stanowią jednę ze świetnych kart ogólnéj historyi medycyny i już z tego tytułu zdolne są obudzić zajęcie każdego lekarza, témbardziéj zaś polskiego, gdyż wywarły one wpływ niepośledni i na naszą szkołę lekarską w Krakowie, która odradzając się, lubo nieco późniéj, szła niemal równolegle z wiedeńską i od niéj brała i wzory i mistrzów nietylko wtedy, gdy pod tym samym zostawała rządem, ale i w czasach politycznéj odrębności, kiedy np. Andrzej Badurski pierwszy w Krakowie otwierał wykłady kliniczne za reformy Kołłątaja, lub kiedy Brodowicz wychowaniec szkoły wiedeńskiéj jéj zasady tu przeniósł i zaszczepił. Jeżeli autor miał zadanie wdzięczne kreślić zdarzenia i wypadki, które same przez się bez żadnéj okrasy mogą naprężyć uwagę, to przyznać potrzeba, że się z niego wywiązał nietylko sumiennie, ale z tém namaszczeniem, które cechuje prawdziwego historyka, umiejącego ścigać postęp nauki z szczerém spółczuciem, ale ze spokojem i powagą, bez uprzedzeń i stronniczych poglądów, bez zagorzałych pochwał i potępień, a jakkolwiek główny wątek jest w swych najcelniejszych zarysach znany i mniéj lub więcéj opracowany, to zbogacony on tu został niejedném dokładném i ciekawém objaśnieniem, zaczerpaném ze źródeł urzędowych. Wykład jasny, prosty a potoczysty uwydatnia wdzięk przyrodzony saméj osnowy, któryby ucierpiał przybrany w wyszukane ozdoby stylu lub języka. Im okres dalszy, tém perspektywa rozleglejsza i opis więcéj zaokrąglony i stosunki zjawisk wyrazistsze a zatém i sąd o nich pewniejszy i śmielszy, w miarę zbliżania się do chwili obecnéj ogarnięcie ogólnych zarysów obrazu jest trudniejsze, słusznie też autor staje się tu ostrożniejszym, ograniczając się niemal do zapisków kronikarskich i to nie wszędzie dokładnych. Książka składa się z czterech rozdziałów. Pierwszy obejmuje szkołę lekarską wiedeńską dawniejszą, drugi okres t. zw. józefiński, trzeci reakcyję, a czwarty szkołę lekarską wiedeńską nowszą.

Nie możemy tu zapuszczać się w sam tok wykładu objaśnianego dość obszernemi życiorysami wspomnianych w nim mężów nauki, lecz wstrzymać się nie możemy od podniesienia niektórych wybitniejszych ustępów już przez wzgląd na ich znaczenie i wagę ogólną, już ze względu na stosunek do naszéj szkoły krakowskiéj.

Wynika to z istoty wywodu historycznego, chwytającego zjawiska i zdarzenia w ich biegu na ruchoméj fali czasu, a zatém w ich związku z porą poprzednią i następną, iż jest zniewolony uczepić swój wątek o okres wcześniejszy, w którym tkwią pierwsze jego zawiązki, w którym na tle jeszcze odmienném dostrzedz się dają owe początkowe drgania wzbierające stopniowo w ruch coraz silniejszy, prowadzący wreszcie do zupełnego przeobrażenia. Dla tego też autor nie mógł pominąć pierwszéj połowy wieku XVIII tudzież czasu, który założenie głównego szpitala najbliżéj wyprzedził; im więc poświęcił rozdział pierwszy. Kreśli naprzód w kilku treściwych zarysach urządzenie dawniejsze Uniwersytetu, oparte na wpływie przeważnie kościelnym. Jak nisko wtedy spadła nauka lekarska, wyrażają wymownie słowa komisyi w sprawozdaniu z r. 1688, wytykającém niedostatki szkoły głównéj, „że w uniwersytecie wiedeńskim od wielu już lat mało słychać o profesorach *in jure et medicina*, ... jak gdyby wszechnica wiedeńska była pogrążona we śnie lub jak gdyby wcale już takiéj nauki w Wiedniu nie było. Gdy przeciwnie wiadomo, jak czujni i pilni są profesorowie innych szkół głównych w Niemczech, jakie piękne piszą książki i jak pożyteczne drukują i ogłaszają opera“. Mimo licznych przedstawień o poprawę tych smutnych stosunków jeszcze w r. 1718 miał Wydział lekarski tylko trzech profesorów zwyczajnych, których płace wynosiły 170, 120 i 110 złr. rocznie, a dopiero w r. 1735 utworzono katedrę anatomii, którą wszakże obok drugiéj t. zw. *Institutionum* objął w r. 1739 Dr. Managetta z dodatkiem do pensyi 800 zła. Następcy tegoż w r. 1742 Drowi Schellenbergerowi poruczono wykład *Institutionum*, anatomii i chirurgii za tę samą płacę roczną, z któréj atoli winien

był opędzać wydatki na przybory naukowe, na anatomiczne szkielety, chirurgiczne narzędzia, opaski i machiny, a nadto przysposobić *subjectum* na swego następcę.

Uderzające jest podobieństwo tych stosunków z krakowskiemi co do upadku nauk lek. w Uniwersytecie przed reformą Kołłątaja, kiedy jak pisze sprawozdanie z r. 1774 pod napisem: Stan wewn. i zewn. *Studii generalis Cracov.* „zaledwie można uprosić trzech lub dwóch jako dziś profesorów, którzyby *propter repraesentandam Facultatem* chcieli się mieścić w Akademii“. Jeśli zachodzi jaka różnica, to chyba w niesłychaném zmarnowaniu ofiarności naszych profesorów, którzy z prywatnych swych zasobów o wiele wcześniéj, bo w wieku XVI i XVII, niż we Wiedniu starali się zaradzić niedostatkowi katedr lekarskich, pomnażając je do 6ciu przez fundacyje Macieja z Miechowa i Piotra z Poznania w stuleciu XVI, tudzież Jana Zemelego w r. 1602, który 1000 dukatów ofiarował na 2 katedry anatomii i botaniki wtedy, kiedy o zaspokojeniu téj potrzeby w Wiedniu wcale jeszcze nie myślano. Klęski zewnętrzne i bezrząd wewnętrzny zatraciły niestety ten święty grosz publiczny na podniesienie oświaty w kraju z tak rzadkiém poświęceniem przeznaczony.

Na wyrwanie z długiego otrętwienia nauk lekarskich a zarazem na wyzwolenie ich i całego Uniwersytetu z więzów kościelnych wpłynął genijusz przybysza, który w stolicy rakuskiéj wielkie i w daleką przyszłość zbawiennie i opatrznie sięgające spełnił posłannictwo. Był nim Gerhard van Swieten z Leydy, uczeń słynnego Boerhaavego, sprowadzony z Holandyi na lekarza przybocznego cesarzowéj Maryi Teresy. Od chwili, gdy w r. 1745 stopa jego, a raczéj głowa i serce, zjawiła się i ustaliła w Wiedniu, martwa szkoła lekarska zaczęła budzić się z letargu, zwłaszcza, że coraz większym wpływem nabywanym przez zaufanie monarchini umiał równie dzielnie jak roztropnie przeprowadzać ożywcze swoje zamiary. Powołany niebawem na dyrektora i prezesa Wydziału lekarskiego uprzątał gorliwie jednę zawadę po drugiéj. Za jego staraniem i poparciem założono wnet ogród botaniczny i pracownię chemiczną i utworzono odpowiednie nowe katedry wyposażając je płacą 1500 złr.; przysposabiał nowe siły szkole lekarskiéj już to kształcąc sam młodych adeptów, już to wyjednywając środki na wyprawianie ich dla wydoskonalenia się w różnych gałęziach za granicę, już to sprowadzając je z obczyzny. Na profesora kliniki powołał dawnego swego spółucznia Antoniego de Haen z Leydy, który katedrę tę w r. 1754 z płacą jak na owe czasy niesłychaną 5000 złr. rocznie objął i na tém stanowisku tak gorliwą i płodną rozwinął czynność praktyczno-naukową, iż stał się twórcą dawnéj szkoły wiedeńskiéj, która sławą swoją nietylko z Rakuz licznych ściągała uczniów, ale i z obcych krajów wielu zwabiła zwolenników. Czerpali oni tu i naukę i wzory. Między nimi, jak zkądinąd wiadomo, znajdujemy Andrzeja Badurskiego, który wracając z Włoch zatrzymał się w Wiedniu, a otwierając pierwszą klinikę w Krakowie brał przykład z rakuskiéj stolicy. Autor podnosi wielkie zasługi, jakie de Haen położył, lecz przemilcza o grubym cieniu, jaki na ten obraz pada pod względem surowego a szkodliwego uprzedzenia, jakie ten słynny mistrz nietylko podzielał, lecz jakiego zaciekle i publicznie drukiem bronił, t. j. wiary w czary i wpływy złych duchów. Czy można przypuścić, aby pamięć takiego reformatora szkoły lekarskiéj, jakim był v. Swieten już we 100 lat tak się zatarła, iżby o nim nic nie wiedział wychowaniec i członek tegoż Wydziału, który dziś zajmuje w nim jednę z głównych katedr? A jednak przekonał się o tém z niemałém zdziwieniem sprawozdawca niniejszy, kiedy przed nie wielu laty zwiedzał jeden z zakładów lekarskich, a oprowadzający go wówczas asystent a dzisiejszy profesor, gdy zwróciło uwagę gościa popiersie v. Swietena, objaśniał, że to jakiś stary jegomość (*irgend ein alter Herr)*, który podobno był lekarzem przybocznym cesarza Franciszka? Nie jestże to naiwném chlubieniem się nieznajomością nietylko historyi medycyny, ale dość bliskich dziejów swéj własnéj szkoły?

Poprzestajemy na uwydatnieniu téj wybitnéj postaci w téj części dzieła, od któréj wyszło pierwsze potrącenie zbawiennéj reformy opisanéj dokładnie w szczegółach a dodamy tylko wzmiankę, iż na ten okres i pod ożywczém tchnieniem nowego prądu przypada pojawienie się małego lecz wiekopomnego dziełka Auenbrugera, wynalazcy opukiwania, które wyszło w r. 1761 pod napisem: *Inventum novum ex percussione thoracis humani ut signo abstrusos interni pectoris morbos detegendi*, a którego wagę i naukową wartość dopiero w pół wieku późniéj ocenili, rozpowszechnili i szerzéj rozwinęli lekarze francuscy Corvisart (1808) i Laënnec. Jako znamię czasu, z którego nie ustąpiła jeszcze całkowicie spędzana wschodzącém światłem pomroka średniowieczna, niechaj posłuży przytoczona wiadomość o równie zacnym jak światłym profesorze chirurgii Ferd. Leberze, który pełniąc od r. 1751 obowiązki lekarza torturowego (*Folterarzt*), powołanego do doglądania sądowego wymęczania zeznań, aby dozwolonéj miary nie przekraczało i do leczenia uszkodzeń dręczeniem wywoływanych, na podstawie swoich doświadczeń domagał się usunięcia zupełnego tego okrucieństwa a z pomocą znakomitego profesora prawa Sonnenfelsa dopiął wreszcie szlachetnego celu, gdy w r. 1776 w cesarstwie austryjackiém tortury zniesiono.

(Dokończenie nastąpi).

Foucher: **Przyczynek do doświadczeń z jequirity.**

Rozprawa opiera się na 51 spostrzeżeniach, z których autor wyprowadza następujące wnioski:

1) Zapalenie jequiritytyczne występuje w rozmaitym stopniu w miarę stanu chorego i sposobu stósowania jequirity.

2) Skutek zamierzony można miarkować, zwłaszcza posługując się wymokami słabemi.

3) Zapalenie jequiritytyczne cechuje się obfitém wydzielaniem cieczy podobnéj do wody mętnéj, złogami szaremi na spojówce i opuchliną powiek.

4) Zapalenie to jest raczéj dławcowém niż ropném.

5) Ma ono skłonność do szybkiego ustępowania od chwili zaprzestania dalszego stósowania środka.

6) W większéj części przypadków choroba pozostawiona sobie saméj ulega wyleczeniu w przeciągu dni 15 do 20 i więcéj.

7) Powikłań rogówkowych lub innych nie ma się co obawiać, z wyjątkiem przypadków, gdzie jequirity w postaci proszku pozostawiono w oku lub gdy wymok jest zbyt stężony a stósuje się go zbyt często.

8) Zdaje się, że jequirity nie wywiera wybitnego wpływu na przebieg wrzodów lub ropni rogówkowych.

9) Wymoki świeże skuteczniejsze są od dawnych.

10) Wymoki wprowadzone na zimno zdają się być skuteczniejszemi.

11) Jequirity sporządzone w postaci proszku na spo-

jówkę powiekową działa szybko i skutecznie, byle go tylko nie pozostawiać w oku po obmyciu powiek.

12) Jequirity leczy jaglicę prawdziwą, łuszczkę i przerost brodawek, powstałe skutkiem zapaleń przewlekłych.

13) Jest ono skuteczniejsze w przypadkach niezapalnych i przewlekłych aniżeli w ostrych tych samych chorób.

14) Wyleczenie może nastąpić po upływie kilku dni ale najczęściéj dokonywa się zupełnie dopiero po upływie jednego lub dwóch miesięcy czasu.

15) Jequirity leczy szybko zastarzałe przypadki jaglicy i łuszczki, które przez lata nadaremnie leczono innemi środkami.

16) Stósowanie jest łatwe i wolne od niebezpieczeństwa w rękach lekarza roztropnego a rzadko bywa bolesném.

17) Działanie jequirity nie przeraża wcale chorych, a ból nie odpowiada objawom dostrzeganym.

18) Niekiedy zachodzi potrzeba stósowania jequirity w kilku nawrotach po pewnych przerwach czasu, a w tych przypadkach chory okazuje się zawsze chętnym, niekiedy zaś sam żąda ponownego stósowania środka.

19) Chorzy dotknięci bliznami spojówki opierają się bardziéj działaniu jequirity.

20) Nie ma potrzeby trzymać chorych podczas leczenia w ciemności.

21) Oko, które przebyło zapalenie jequiritycznе, uledz więc może powtórnie, a to nawet w wyższym stopniu niż za pierwszym razem.

22) W razie kilkakrotnego stósowania jequirity wydarza się często, że środek ten nie działa w końcu wcale, z czego wynika, że po pierwszych stósowanich pewniéj można liczyć na jego skuteczność.

23) Należy się starać o wywołanie zaraz z początku dostatecznie silnego zapalenia jequirytycznego, z obawy, że późniejsze zastósowania mogą być bezskuteczne.

24) Ostre zapalenia spojówki i rogówki, jakkolwiek mniéj przystępne działaniu jequirity od zapaleń przyostrych i przewlekłych, mogą jednakże doznać polepszenia za pomocą tego leczenia.

25) Wymoki jequirity tracą na skuteczności w miarę czasu, który od ich sporządzenia upłynął.

26) Proszek jequirity, który już posłużył do wymoku 20%, może być jeszcze użyty do sporządzenia drugiego wymoku, mającego własność wywołania zapalenia jequirytycznego.

27) Wymoki ogrzane aż do zagotowania nie działają wcale.

28) Proszek z takich wymoków, użyty do drugiego wymoku zimnego, choćby bardzo stężonego, okazuje się bezskutecznym.

29) Kwas salicylowy, dodany w stosunku dwóch ziarn. na jednę uncyję, zdaje się nie osłabiać działania jequirity

30) W leczeniu jaglicy autor daje pierwszeństwo:

a) Jeqirity sproszkowanemu bardzo miałko, zastósowanemu na spojówkę, z którėj go natychmiast oddalić należy;

b) Wymokowi zimnemu z 7 ziarn jequirity na 4 uncyje wody (nieco mniéj niż 3%). (Według *Annales d'oculistique* za wrzesień i październik 1883). *Rydel.*

Wiadomości pomniejsze.

Prof. Pettenkofer: **O gazie do oświetlania.** W czasie wystawy higijenicznéj w Berlinie odbywały się od czasu do czasu odczyty popularne o ważnych kwestyjach zdrowia publicznego dotyczących. Jeden z nich miał prof. Pettenkofer a przedmiotem jego był szkodliwy wpływ gazu do oświetlania. Zaznaczywszy, że produkta spalenia z gazu nie są więcéj szkodliwe od płucnych wydzielin ludzkich, i że gaz do oświetlania nie zużywa tyle kwasorodu co równa mu liczba świec, przechodzi P. do głównego zadania swego wykładu, to jest do trującego działania gazu. Uchodzenie gazu w domu może być łatwo i natychmiast wykryte po jego właściwéj woni, ale inaczéj się rzecz ma gdy uchodzenie ma miejsce do gruntu z pękniętéj rury, a ztąd dostaje się dopiero gaz do fundamentów domu. Nieszczęsne skutki takiego uchodzenia widziano we Włoszech, w Kolonii, Wrocławiu a P. mniema, iż takie przypadki o wiele częściéj się przydarzają aniżeli ludzie sądzą. Trujące własności gazu do oświetlania zależą od niedokwasu węgla w nim zawartego (10%) inne bowiem składniki gazu, acz nieoddechalne. nie działają wprost trująco. Z badań Grubera wynika, iż niebezpieczeństwo gazu nie tyle zawisło od narażania się przez czas dłuższy na wpływ mięszaniny powietrza i niedokwasu węgla, ile od ilości tego ostatniego zawartéj w powietrzu. Powietrzem zawierającém 5 części CO na 10.000 mogą ludzie i zwierzęta oddechać całe godziny a nawet dnie bez szkody dla zdrowia; gdy 7—8 cz. na 10.000 sprawia wybitne uczucie niedogody; przy 20 zaś częściach na 10.000 nastaje trudność w oddechaniu, osłabienie, niepewność chodu, a dwa razy taka ilość sprowadza oszołomienie, nareszcie przy większych ilościach nastają inne niepomyślne skutki, dające się odnieść do systemu nerwowego. Przypadki chorobowe, które należy odnieść do dostania się gazu do domów z rur ulicznych przydarzają się częściéj w zimowych miesiącach, co tłumaczy się po części częstszém pękaniem rur w téj porze roku a po części także może zamykaniem okien i sztucznėm ogrzewaniem pokoi, co sprzyja gromadzeniu się i wchodzeniu gazu z zewnątrz. Gaz w ten sposób przez ziemię przefiltrowany, może być bez woni, chyba że zbierze się w wielkiéj ilości i z tego wynika niebezpieczeństwo dla mieszkańców parteru. Po pojawieniu się najpierwszych oznak, jak bólu głowy, powinno się otworzyć okna, a jeżeli po zamknięciu tychże objawy wracają, należy podejrzywać, iz uchodzenie gazu ma miejsce gdzieś w pobliżu domu. Bezzwłocznie należy rury zbadać i uszkodzenia ponaprawiać; prócz tego P. kładzie nacisk na konieczność, aby policyja przypilnowała mieszkańców domów sąsiednich aby ich mieszkania były należycie przewietrzone, jak długo bowiem gaz zostaje w gruncie, może się dostawać do domów, gdy pokoje są sztucznie ogrzane w zimnéj porze roku. Na zakończenie dodaje P. iż dla tego wybrał rzecz tę za przedmiot wykładu aby wykazać, jak ważném jest w badaniach higijenicznych zwracanie uwagi na drobnostki, i kładzie nacisk na to, aby każdy Uniwersytet posiadał Zakład higijeniczny na wzór tych, jakie istnieją w Mnichowie i Lipsku i zakładający się w Gietyndze (*The Lancet* 1883, II Nr. 19).

Ω **Mangifera indica.** Liście téj rośliny żują Indyjanie dla wzmocnienia dziąseł. Kory jéj używają w Hindostanie przeciw różnym chorobom skóry. Przez nacięcie kory otrzymuje się żywicę czerwonawo-brunatną, w alkoholu łatwo, w wodzie tylko częściowo rozpuszczalną, o smaku aromatycznym, gorzkim. Dr. Linquist, który robił z tym nowym lekiem doświadczenia, zachwala go bardzo w krwotokach macicznych, z kiszek, z płuc, również jako środek znakomity poleca go w zapaleniach przyostrych macicy i kiszek. Jako zalety tego leku L. podnosi: 1) że go podawać można w małych ilościach, 2) że smak ma dość miły, 3) że wcale nie upośledza trawienia. Zapisuje się mangiferę w następujący sposób: *Extr. fol. mangiferae indicae 10.00, Aq. destill. 120.00. DS.* Co 1—2 godzina łyżeczka. (*Z. f. Therap.* 1883).

IV. Listy z Warszawy

Treść: Cofnięcie subwencyi rządowéj na rzecz szpitali warsz. — Kwestyja otwarcia nowo zbudowanego szpitala zapasowego.— Projekt pomocy lekarskiéj w porze nocnéj. — Kłamliwe skargi na lekarzy umieszczane po gazetach. — Pracownia chemiczna miejska. — Nadymanie cielęciny. — Rocznik medycyny krajowéj. — Śp. Aleksander Starynkiewicz.

Od początku roku bieżącego rozchodzą się alarmujące wieści, jakoby zamierzano w sferach rządowych cofnąć tak zwaną subwencyję rządową, wypłacaną na rzecz zakładów dobroczynnych w Warszawie a wynoszącą rocznie 150 000 rubli, nie zaś 200.000 rubli, jak to mylnie niektóre gazety podawały. Alarm był wielki, bo w rzeczy saméj trudno odgadnąć, jakby nasze władze sobie poradziły, gdyby były naraz pozbawione prawie czwartéj części ogólnéj sumy wydawanéj na utrzymanie warszawskich szpitali, przytułków itd.; suma ta nie dochodzi do 700.000 rubli. Braki i niedostatki w naszych szpitalach są tak liczne i tak wielkie, że ustawicznie myślą o źródle powiększenia odpowiednich dochodów. O brakach tych pokrótce tylko wspomnę. Dotkliwie czuć się daje brak przytułku dla nieuleczalnych i dla starców. Mnóstwo niedołęgów dotkniętych wrzodami atonicznemi, chorobami rakowatemi, wiądem starczym itd. zalega nasze szpitale i zajmuje miejsce takim chorym, którzy kilka tygodni przebywszy w szpitalu powróciliby do zdrowia i do zwykłych zajęć. Gdyby przytułek taki istniał w Warszawie lub jéj okolicy, przybyłoby nam natychmiast mnóstwo miejsc w szpitalach. Najciekawsze jest to, iż ustawa szpitali warszawskich nie dozwala chorych nieuleczalnych przyjmować do szpitali, a nie wskazuje, gdzie mamy takich chorych odsyłać. Ustawa zakazuje również przyjmować do ogólnych szpitali epileptyków i obłąkanych, a dla pierwszych wcale pomieszczenia nie ma, dla obłąkanych zaś tak skąpo jest miejsc, iż po paręset tych nieszczęśliwych oczekuje na wolne miejsce u św. Jana Bożego, albo w oddziale dla obłąkanych kobiet przy szpitalu Dzieciątka Jezus. Znalezionego na ulicy epileptyka albo obłąkanego policyja odsyła do szpitala, szpital odsyła napowrót do policyi, a policyja próbuje szczęścia w innym szpitalu, ale najczęściéj dostaje z powrotem swojego pacyjenta. Takim sposobem nieszczęśliwe te istoty zalegają aresztа policyjne i rozbijają się po bruku ulicznym. Często odsyłają ich do miejsca urodzenia, zkąd wójt do najbliższego szpitala ich ekspedyjuje. Jest to *circulus vitiosus* smutnego rodzaju, bez wyjścia. Wielki niedostatek naszych szpitali stanowi także brak dostatecznego pożywienia. Nie tylko rekonwalescenci po ciężkich chorobach, ale i ci starcy z nieuleczalnemi wrzodami, zapaleniem nerek itd. potrzebują mlecznego i mięsnego pożywienia, a na to finanse szpitalne w małym tylko stopniu pozwalają. Brak pokoi izolacyjnych, izb dezinfekcyjnych, oddziału dla ospowatych (istniejący w szpitalu Dzieciątka Jezus jest niewystarczający), prosektorów szpitalnych, porządnych wychodków, wanien do kąpieli w dostatecznéj ilości (u św. Łazarza, obłąkanych itd.), niedostateczne uposażenie lekarzy, niewystarczający na rosnące z każdym dniem potrzeby dom podrzutków itd., wszystko to są niedostatki, nad któremi rozwodzić się tu nie będę, samo ich wymienienie wystarczy dla wykazania, że suma niespełna 700.000 rubli potrojona ledwoby wystarczyła na zaspokojenie tych wszystkich słusznych wymagań. Kiedy zatém przy dzisiejszych dochodach ledwo koniec z końcem związać się daje, kiedy dotkliwy brak funduszu wprowadza nieraz odnośne zarządy w najkłopotliwsze położenie, można sobie wyobrazić przestrach paniczny, w jaki wprawiła wszystkich pogłoska, o jakiéj wspomniałem, a pogłoska ta niestety aż nadto się sprawdziła! Generalny kontrolor państwa zwrócił uwagę na tę pozycyję, a ponieważ figurowała ona zupełnie niesłusznie jako subwencyja rządowa dla szpitali warszawskich, więc przedstawiono do Rady państwa cofnięcie téj subwencyi.

Suma ta powstała z rozmaitych źródeł. Na niektórych dobrach koronnych ciążyła służebność wypłacania rocznie pewnéj kwoty dla szpitali warszawskich, nakazanego jeszcze przez Elektora saskiego, gdy dobra te stały się własnością Rządu; suma pomieniona musiała być wypłacana przez kasę państwa. Nowo kreowani kawalerowie orderu św. Stanisława byli obowiązani pewną kwotę na szpitale płacić. Cesarz Mikołaj zwolnił ich od tego obowiązku, ale ekwiwalent sumy z tego źródła szpitalom przypadający kazał nadal wypłacać. Na kopalniach w Wieliczce ciążyła kiedyś służebność wypłacania pewnéj sumy na rzecz szpitala Dzieciątka Jezus; Rząd austryjacki spłacił odpowiednią sumę Rządowi rosyjskiemu dla uwolnienia się od podobnéj służebności. Otóż suma 150.000 rubli urosła po większéj części z takich źródeł. Czy w obec takiego stanu rzeczy możliwe jest cofnięcie wypłaty téj sumy, na to odpowiedzieć trudno. Faktem jest, iż sprawa ta jest na bardzo niebezpiecznéj drodze, a niektóre pisma dobrze poinformowane doniosły, iż decyzyja niekorzystna dla nas już zapaść miała. Tak jednakże nie jest, do obecnéj chwili żadne postanowienie w tym względzie nie zostało powzięte, ale czy nam lada dzień telegraf smutnéj wieści nie przyniesie wiedzieć trudno. Najbardziéj dotkniętym byłby szpital Dzieciątka Jezus, który z powyższéj kwoty aż sto tysięcy rubli otrzymywał.

W związku z powyższą sprawą stoi kwestyja otwarcia szpitala zapasowego. Wiadomo, iż jeszcze w roku zeszłym przebudowano zabudowania stojące w t. zw. ogrodzie Ohma na szpital, który około 80 łóżek wygodnie pomieścić może. Wszystko zostało wykończone, cały inwentarz sprawiony, tak że z wiosną rb. wszystko było gotowe do przyjęcia chorych a jednak otwarcie dotychczas nie nastąpiło.—Z tego, co powyżéj powiedziałem, łatwo pojąć, iż w obec tak niepewnéj przyszłości trzeba być oględnym i nie należy otwierać nowych szpitali, skoro nie wiemy, czy nam fundusze wystarczą na utrzymanie dziś istniejących.

Kwestyja zapewnienia mieszkańcom Warszawy pomocy lekarskiéj w porze nocnéj jest u nas od jakiegoś czasu na porządku dziennym. Wyznaczony z łona Tow. lekarskiego Komitet sanitarny, który na jednem z burzliwych posiedzeń pewna partyja uśmiercić pragnęła, daje od czasu do czasu oznaki życia. Jeszcze przed feryjami letniemi wypracował ów Komitet projekt urządzenia w Warszawie pomocy lekarskiéj w nocy. Zasadzał on się w głównych zarysach na tém, iż pewna liczba lekarzy ofiarowałaby swoje usługi w porze nocnéj, a lista tych lekarzy byłaby podaną do wszystkich cyrkułów policyjnych; cyrkułów takich jest u nas 10. — Potrzebujący pomocy w nocnéj porze udałby się do cyrkułu, gdzie przedłożoną mu będzie rzeczona lista, a gdy wskaże on lekarza, którego życzy do siebie wezwać, policyjant zaprowadzi go do niego i następnie towarzyszyć będzie lekarzowi do chorego. Jeżeli chory jest ubogi i nie może zapłacić honoraryjum, policyjant ów wyda lekarzowi kartkę,

na mocy której otrzyma on z funduszów miejskich za swoją fatygę 3 ruble. W razie gwałtownego jakiego przypadku policyjant ma prawo i obowiązek zawołać pierwszą jaką napotka dorożkę i zamiast zapłaty doręczy dorożkarzowi kartkę, za którą dostanie on z kasy magistratu 40 kop. Nadto lekarze, którzy się zobowiązali nieść pomoc nocną, wywieszać będą przed bramą swojego mieszkania znaczną latarnię z napisem: pomoc lekarska.

Kwestyja pomocy lekarskiéj w porze nocnéj w każdém wielkiém mieście, a zatém i u nas, jest nader ważną. Lekarze renomowani, strudzeni całodzienną pracą, pragną mieć noc spokojną i nie chcą na każde wezwanie w nocy udawać się do chorego, o mieszkaniach lekarzy nie wiele znanych, publiczność nie wiele wie, ztąd wynikają ciągłe narzekania i ciągłe skargi po gazetach na tego lub owego lekarza za to, że nie chciał iść ratować chorego, który skutkiem tego umarł itd.

Sposób powyżéj podany zapobieże złemu; już nikt nie będzie miał prawa narzekać na brak pomocy lekarskiéj w nocy, gdyż każdy będzie miał wskazaną drogę wprawdzie przydługą, ale pewną. Zarzucają temu projektowi, iż droga do owego lekarza jest długą, iż użycie policyi w tém jest niepotrzebne, gdyż listy takich lekarzy mogłyby być rozwieszone w aptekach itd. Pośrednictwo policyi, której w rzeczy saméj nasza publiczność niechętnie używa, jest konieczne dla dwóch powodów: naprzód dla tego, że lekarz wezwany będzie pewnym zapłaty a powtóre, że uniknie się rozboju, od którego obecność policyjanta lekarza ochroni.

Czyniono téż zarzut, iż publiczność pewnego rodzaju, wiedząc, iż ma zapewnioną pomoc lekarską w nocy darmo, nigdy nie będzie we dnie wzywać lekarza, tylko w każdym najzwyczajniejszym przypadku postara się w nocy o lekarza, którego wizyta darmo mu przyjdzie. Zarzuty te jednakże upadły i projekt większością głosów przeszedł, a ponieważ doznał przychylnego przyjęcia u Prezydenta miasta, więc wszelką mamy nadzieję, iż prędzéj czy późniéj zostanie urzeczywistnionym. Przypuszczalny wydatek, jaki z tego powodu na magistrat spadnie, wynosić będzie koło 4.000 rs. rocznie.

(Dokończenie nastąpi).

Medycyna sądowa w wiekach średnich.

Skreślił **L. Blumenstok.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 49).

Jakkolwiek rozporządzenie króla Zygmunta z r. 1538 przypomina po części odnośny przepis ustawy karnéj Cesarza Karola V, o ile w niém jest mowa o oglądaniu ran (*inspectio vulnerum*), to jednak porównanie między obydwiema ustawami wypada na niekorzyść pierwszéj, według któréj sprawdzanie obrażenia cielesnego pozostało nadal zadaniem starosty lub sędziego ziemskiego. A jeżeli trudno przypuścić, aby wpływ ustawy niemieckiéj w owych czasach mógł uwidocznić się w ustawach zagranicznych w tak krótkim czasie, bo po upływie zaledwie 6ciu lat, które minęły od ogłoszenia ustawy uchwalonéj na Sejmie ratysbońskim, to jednak i późniéj nie napotykamy śladu oddziaływania téj ustawy na prawodawstwo i praktykę karną w Polsce. Ustawa Karolowa przetłumaczoną została na język polski przez Bartłomieja Groickiego i wydaną w Krakowie w r. 1582; jednak mimo to nie znaleźliśmy dotąd dowodu, aby kiedykolwiek posługiwano się u nas znawcami lekarskimi w sprawach karnosądowych.

Dowodzi tego pomiędzy innemi rękopis, przechowany w archiwie Tarnowskim, odnoszący się do zdarzenia zaszłego w zamku tarnowskim w r. 1570 (Biblijoteka warszawska II, 1842, str. 52—59). Z powodu skargi wytoczonéj przez księcia Konstantyna Ostrogskiego, Wdę kijowskiego, i żonę jego Zofiję z Tarnowskich przeciwko Stanisławowi z Wielowsi Tarnowskiemu i Andrzejowi Zborowskiemu o najście zamku tarnowskiego siłą zbrojną, złożoną z Węgrów, Hajduków, Turków, Niemców, Hiszpanów itd., wzięcie zamku szturmem, zabicie i poranienie wielu ludzi, — woźni sandomierscy Lew z Przecławia i Maciej Młynarczyk udali się na miejsce, aby zbadać stan rzeczy, i tam badali nie tylko rannych obłożnie chorych, ale i zjeżdżających się umyślnie, celem przedstawienia się przybyłym woźnym, podczas gdy lekko ranni przybyli do urzędu w Nowym Korczynie, celem okazania ran swoich. „Co to wszystko przerzeczonemi Woźniami i Ślachtą jest *in recenti* obwiedziono i oświadczono, i to wszystko jako im świadczono są widzieli *in recenti.*“ Opis ran wszędzie temi samemi prawie słowy podany, jak np.: „Szlachetny Łazarz Nikitycz ślachcic albo Bojarzyn z województwa Kijowskiego świadczył się jest i opowiadał przed Urzędem i Akty niniejszemi, iż przy tym najeździe gwałtownym na Zamek Tarnowski jest mu zadana rana krwawa na tymże Zamku Tarnowskim, albo jest postrzelon z rušnicy kulką w rękę lewą blisko pięści, tak iż kulka przeszła na obiedwie stronie ręki, od któréj rany albo postrzelenia nadziewa się chromoty mieć w ręce swojéj,— którą ranę Urzędowi niniejszemu że świeżą jest ukazał, i którą ranę Urząd za świeża oglądał.“ Akt ten kończy się uwagą: „*Actum in Castro Novae Civitatis Corczyn Feria Sexta ante Dominicam Cantate proxima Anno Domini 1570, Nicolaus Gruszecki Judex Castri novae Civitatis Korczyn. Joannes Dąbrowski mp.*“

Nie od rzeczy będzie zapisać tu fakt drugi równoczesny, który dowodzi, że w Prusach królewskich postępowanie było o wiele odpowiedniejszém. W zbiorze orzeczeń Wydziału lekarskiego lipskiego, wydanego przez prof. Ammanna (l. c.), pierwszym, który się ukazał w Niemczech, pierwszy przypadek odnoszący się do kwestyi wątpliwéj sądowolekarskiéj, tyczy się orzeczenia, wydanego na żądanie magistratu toruńskiego. Rzemieślnik pewien ożenił się d. 15 czerwca 1561 r. a już d. 8 grudnia t. r. żona obdarzyła go dzieckiem. Opierając się na zasadzie: „*Editi sexto Mense, aut citius, non vivunt, quia non plane perfectus est foetus*“ przełożeni cechu, do którego należał ów rzemieślnik, proszą magistratu, „*dass sich die N. N. der Erbahren Zunfft enthalte, so lange biss dass sie solche unzeitige Geburt rechtlich, wie sichs gebühret, erweise.*“ Magistrat przesyła Wydziałowi lekarskiemu tak skargę cechu, jako i replikę obwinionych, z następującém pismem: „*Wohl Ehrenveste, Gross Achtbahre, Hochgelehrte Herrn, Grossgünstige Herrn u. werthe Freunde. Welcher gestalt eine Erbare Zunfft der Kretzschmar alhier in der Neustadt wieder N. N. Haussfrau sich beschweret, alss ob sie zu frühe in das Kindbette kommen wehre, werden die Herrn auss beygefügtem Schreiben mit mehrem ersehen. Wenn wir denn beyden Partheyen mit Recht u. Gerechtigkeit beyzustehen schuldig seyn, hierzu aber der Herrn wohlgegründete Meynung von nöthen haben: Alss gelanget an die Herrn unser freundlich bitten, Sie wollen die Acta mit Fleiss überlesen u. der Warheit zu steuer uns unter ihrer Facultät Insiegel zu berichten: ob dieser Partus legitimus seyn könne. Die Gebühr dafür soll mit danck bey Abholung des Decreti erleget wer-*

den. Hiermit Gottes Schutz ergeben. D. 20 Augusti 1564. Bürgermeister u. Rhat der Stadt Thorn.“ Wydział lipski na zapytanie to odpowiada: „*Ob wohl wenig solcher Geburten geschehen, doch gleichwohl befunden, dass dergleichen vielmahl geschehen u. natürlicher weise sein könne,—derowegen nicht zu achten, dass solch Kind unehlich gebohren sey, dadurch dieser oder einer andern Frauen ingleichen Fall in diesem gebähren Unehre mit Grund zugemessen werden möchte.*“

Zdaje się, że postępowanie przepisane przez Zygmunta I praktykowano zawsze w rzeczypospolitéj aż do jéj upadku politycznego; przynajmniéj w akcie, pochodzącym z czasów pierwszego podziału, nie spotykamy się jeszcze z wzmianką wyraźną o interwencyi lekarskiéj przy urzędowém oglądaniu obrażeń. Aktem tym jest „Manifest“ nieszczęśliwego ojca „Maryi,“ przedłożony w Warszawie w r. 1773. Rozpoczyna on się od słów wstępnych: „Działo się w królewskim zamku w Warszawie d. 28 sierpnia 1773 r. Przed urzędem i niniejszemi aktami grodzkiemi, starościńskiemi, warszawskiemi, stanąwszy osobiście JW. Jakób hr. Komorowski, kasztelan santocki itd. przedłożył temuż urzędowi i jego aktom swój manifest w języku polskim napisany następującéj treści.“ Tu kasztelan wywodzi skargę z powodu porwania Gertrudy przez ludzi, którzy udając Moskali i szukając niby Kondratów (Konfederatów) wpadli do jego domu zbrojno, strzelali kulami, porwali jego córkę, „szlachetnie urodzonego Łukasza Trzaskowskiego okrutnie kaleczą, — j a k t o p o ś w i a d c z a u r z ę d o w n i e z r o b i o n a o b d u k c y j a ran, tak jemu jako i innym sługom zadanych, i obejrzenie sądowe kul w ścianach pozostałych.“

Tylko w stolicy samej za panowania Stanisława Augusta lekarze według zapewnienia A r n o l d a „powinności fizyków publicznych gorliwie dopełniali, po ilekroć w potrzebie nagłéj wezwały ich urzędy do rozpoznania przypadku. Dogadzając więc miastu, i to bez nagrody skarbowéj, w każdym jeszcze razie, gdy sądowych okoliczności ważność tego wymagała, zbierali się łącznie na radę i otwierali swoje zdanie, które tém więcéj miało powagi w sądownictwie iż pochodziło od mężów zjednoczonych“ — (H e c h e l l l. c.) [1]).

Otóż szczegóły odnoszące się do śladów medycyny sądowéj w Polsce, które zebrać zdołaliśmy; są one nieliczne, a podając je musimy w końcu usprawiedliwić się z przekroczenia granic, które w szkicu niniejszém sami sobie zakreśliliśmy. Szczegóły przytoczone dowodzą, że interwencyi znawców lekarskich w sprawach sądowych w Polsce nie znano i że dochodzenie uszkodzeń cielesnych pozostawało na stopie średniowiecznéj; z tego powodu sądziliśmy, że wzmianka o sposobie, w jaki u nas uszkodzenia sprawdzano, znajdzie właściwe dla siebie miejsce w historyi średniowiecznéj medycyny sądowéj.

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

(γ) Liczba łóżek w paryskich szpitalach wynosi obecnie 11,292. Największe szpitale są św. Anny (917 łóżek), św. Ludwika (843), Tenona (885), Bicêtre dla obłąkanych (783), Salpêtrière dla obłąkanych (720), Pitié (719), Lariboisière (706), podrzutków (685), Laënneca (628), św. Antoniego (621), szpital dla dzieci (562), nowy Hôtel Dieu (559), Charité (504), Beaujon (422), Neckera (418), Maison Dubois (351) i Maternité (316). (*The Lancet*, 1883, II. Nr. 22).

(γ) Według *Siglio Medico* stosunek lekarzy praktykujących do ludności w różnych krajach jest następujący: we Francyi 2·91 na 10.000 ludności; w Niemczech 3·21 na 10.000; w Austryi 3·41 na 10.000; w Anglii 6 na 10.000; na Węgrzech 6·10 na 10.000; we Włoszech 6·10 na 10.000; w Szwajcaryi 7·06 na 10.000; w Stanach Zjednoczonych 10·24 na 10 000. (*The Lancet*, 1883, II, Nr. 17).

Ω. Zmarła w końcu listopada żona Dra Dirnfa z Kissingi została spaloną w ostatnich dniach w Gietyndze.

γ W Portugalii zaprowadzono palenie zwłok obowiązkowo a to w ten sposób, iż zwłoki osób zmarłych, na żądanie pozostałych w ziemi pochowane, po upływie lat 5 muszą być wygrzebane.

γ W Rzymie wielki piec do palenia zwłok jest prawie codziennie w użyciu, zwyczaj ten z każdym dniem się rozpowszechnia i należy przypuszczać, iż niezadługo zastąpi on w stolicy Włoch dawny sposób chowania zmarłych. (*Deutsches Wochenblatt für Gesundheitspflege und Rettungswesen* 1883, Nr. 1).

Ω. W Toruniu wybuchła epidemija trychinowa. Do 17 listopada zapadło już niebezpiecznie koło 50 osób. Wszyscy chorzy podają, że nabawili się choroby wzmiankowanéj przez użycie mięsa sprowadzonego z Kulmsee.

Ω. P o ł o ż n i c t w o n a w y s p a c h S a n d w i c h s k i c h. Służbę położniczą w Honolulu pełnią głównie starzy mężczyźni; skoro u ciężarnéj wystąpią bóle porodowe, udaje się ona do takiego położnika. Ten sadza ją na kolanach swoich tyłem do siebie, i następnie naciera jéj z całych sił dolną część brzucha, póki dziecko się nie urodzi. Dziecko urodzone upada między nogi położnika na ziemię. Teraz położnik przecina pępowinę, zazwyczaj pozostawiając jéj znaczny kawałek. Ciężarnéj każe potém prosto stanąć, a położnik chwyta ją za język jedną ręką, a drugą drażni podniebienie miękkie. Tym sposobem wywołuje się wymioty, przez co z łatwością odchodzi łożysko z błonami płodowemi. Skoro poród się zupełnie ukończył, położnica idzie się okąpać w morzu i powraca do zwykłych zajęć domowych. Dzieci krajowców tym sposobem łatwo bardzo przychodzą na świat. Doświadczenie jednak przekonało matki, że dzieci spłodzone z człowiekiem rasy kaukazkiéj, nie tak łatwo przychodzą na świat, i że więcéj sprawiają bólów, bo mają większe głowy. (*D. m. Z.*)

S t a t y s t y k a e p i d e m i j. W tygodniu od 25 listopada do 1 grudnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 24,1. Z ospy umarło 0 (2 z. t.); z odry 0 (2 z. t.); z płonicy 0 (4 z. t.); z błonicy 3 (2 z. t.); z krztuśca 1 (2 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 4 przypadkach odry, 7 płonicy, 2 błonicy, 1 krztuśca. W tygodniu od 18—24 listopada zapadło w Londynie na ospę 11, leczyło się w szpitalach 53. W Budapeszcie i Petersburgu umarło z ospy po 2, w Nowym Orleanie 3, w Wiedniu 4, w Warszawie 5, w Paryżu 6, w Murcyi 7, w Madrycie 8, w Pradze 27, w Madrasie 43. Z duru osutkowego umarło po 1 w Pradze, Londynie, Petersburgu, Warszawie, Odesie, Walencyi, Saragosie, w Madrycie umarło 6. W Aleksandryi umarło z cholery od 11—17 listopada 8, w Kalkucie od 1—6 października 35. W Nowym Orleanie umarło 1 z cholery swojskiéj w czasie od 28 października do 3 listopada. Z febry żółtéj umarło w San Francisco od 27 października do 2 listopada 1.

S t a t y s t y k a ś m i e r t e l n o ś c i. W tygodniu od 18—24 listopada umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 26,3; we Lwowie 29,2; w Warszawie 28,2; w Poznaniu 25,9; w Wiedniu 26,6; w Budapeszcie 21,7; w Pradze 27,9; w Tryjeście 20,3; w Berlinie 24,6; w Hamburgu 25,6; w Gdańsku 25,4; w Monachowie 30,1; w Dreźnie 29,7; w Lipsku 24,0; w Bazylei 10,3; w Brukseli 24,4; w Amsterdamie 28,7; w Hadze 18,2; w Paryżu 22,9; w Londynie 22,0; w Kopenhadze 19,3; w Stokholmie 18,9; w Chrystyjanii 24,7; w Petersburgu 23,9; w Odesie 31,3; w Rzymie 22,6; w Wenecyi 19,8,

[1]) Natomiast znajdujemy w historyi polskiéj ślad sekcyi, wykonanéj jeszcze w wieku 16ym. Gdy szybki i niespodziany zgon króla Stefana wywołał wzajemne oskarżanie się lekarzy jego przybocznych Simoniusa i Baccelego, odbyto sekcyję zwłok w p r z y t o m n o ś c i ostatniego i pokazać się miało, że wszystkie trzewa miały być zdrowe, tylko w pęcherzyku żółciowym znaleziono kamień wielkości gałki muszkatowéj. (H e c h e l l (l. c.) Jeżeli rękopism Abrahama Cieświeckiego, w którym wiadomość ta pierwotnie się mieściła, jest wiarogodnym, byłaby to sekcyja jedna z najpierwszych w Europie.

w Bukareszcie 25,5; w Madrycie 27,1; w Lizbonie 29,0; w Aleksandryi 46,0; w Nowym Jorku 23 4; w Filadelfii 20,9; w Bombayu 21,8: w Madrasie 35,4 *J. P.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 13 grudnia. W tygodniu przeszłym odbyła się imatrykulacyja nowo zapisanych uczniów Uniw. Jagiell. Do aktu imatrykulacyi przystąpiło 275 uczniów, a mianowicie teologów 20, prawników 135, medyków 91, filozofów 29. Liczba wszystkich uczniów wynosi w półroczu bieżącém 872, t. j. o 61 więcéj aniżeli w roku przeszłym. Jestto zarazem najwyższa cyfra w stuleciu bieżącém.

Ω. Dr. Sappey na jedném z ostatnich posiedzeń *Academie des sciences* okazał ciekawy egzemplarz płodu skamieniałego, który utrzymywał się w łonie matki przez lat 56. Płód ten sześciomiesięczny pochodził z ciąży pozamacicznéj. Znaleziono go przy sekcyi kobiety 84-letniéj. Otoczony był torbielem o ścianach zupełnie pokrytych złogami soli wapniowych, jakby skamieniałych. Po przepiłowaniu torbiela znaleziono płód zupełnie dobrze utrzymany. („*C. Z.*")

Ω. Na posiedzeniu Akademii lekarskiéj 16 października Morey podał wypadek badań nad dziewczyną, u któréj skutkiem szpary wrodzonéj mostka i przepony serce było całkowicie dostępném badaniu. Badania wykazały, że uderzenie serca następuje w czasie skurczu komórek, że obie komórki równocześnie pracują nawet wtedy, jeżeli sztucznie sprowadzi się nieregularną czynność serca. Spostrzeżenie to potwierdza w zupełności fakt studyjowany dotąd tylko na zwierzętach.

* **Wieden.** Obaj jeneralni lekarze sztabowi Drowie Frisch i Leiden równocześnie prosili o przeniesienie w stan spoczynku. Następcą pierwszego ma zostać Dr. Hoor.

* Senat akademicki uchwalił przedsięwziąść nowy wybór rektora w miejscu prof. Wedla. Wybór odbędzie się d. 15 bm.

* **Wiadomości osobowe.** Mianowani zostali starszymi lekarzami w rezerwie lekarze asystenci: Drowie Włodzimierz Filipowicz i Rudolf Trzebicky a lekarzem asystentem Dr. Julijan Czyrniański. — P. Minister Sprawiedliwości zamianował sekundaryjusza przy szpitalu powszechnym we Lwowie, Dra Aleksandra Gąsiorowskiego, lekarzem domowym w więzieniu męskiém w Wiśniczu.

* **Nekrologija.** W Lipsku umarł d. 12 listopada br. Dr. Hermann Kraussold, chirurg, znany zaszczytnie z prac swoich naukowych, licząc zaledwie lat 31.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 48: Mikulicza: Wgłobienie i wypadnięcie jelita grubego przez kiszkę stolcową, wycięcie kawałka jelita 76cm. długiego, wyleczenie. (Dok.). Nussbauma: Rola ciał białkowatych w przeróbce materyi. — W *Medycynie* Nr. 48: Misiewicza: Rozpoznawanie i leczenie zapaleń cewki moczowéj męskiéj i pęcherza moczowego (c. d.). — W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 49: Adamkiewicza: Kurcz mięśnia kłębkowatego; Dunina: Trzy przypadki zjawiska oddechowego Cheyne-Stokesa: Sokołowskiego: Przypadek zap. przymiotowego tętnic mózgowia; Matlakowskiego: Uderzenie pięścią w skroń, zaniemówienie. — W *Medycynie* Nr. 49: Dobrzyckiego: O przenośnikach zarazy gruźliczéj; Misiewicza: Rozpoznawanie i leczenie zapalenia cewki moczowéj. (Dok.)

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę **d. 19 grudnia o godz. 6éj wieczór** w Sali Akademii Umiejętności zwyczajne posiedzenie, na którém 1) kol. Schramm mówić będzie o laparotomii w przypadkach niedrożności jelit. 2) Kol. Blumenstok poda kilka przypadków z praktyki sądowolekarskiéj, a w końcu 3) odbędą się wybory urzędników Towarzystwa na rok 1884. We czwartek o godzinie 8éj zebranie towarzyskie w hotelu Drezdeńskim.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:				
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 22 grudnia 1883. № 51. Rok XXII.

Przegląd Lekarski, organ Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego, rozpoczyna w dniu 1 Stycznia 1884 **rok dwudziesty trzeci** swego istnienia i wychodzić będzie w tym samym co teraz formacie w objętości 1½ arkusza na tydzień, jak **najregularniéj**.

Wszystkie prace umieszczane w Przeglądzie Lekarskim, tak oryginalne jakoteż nieoryginalne, są płatnemi.

Prenumerata Przeglądu Lekarskiego z przesyłką pocztową bezpośrednią wynosi:

	w Austryi	w Królestwie Polskiém i Cesarstwie rosyjskiem	w Cesarstwie niemieckiém
rocznie	8 zlr. 80 c.	6 rsr.	16 marek
półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „
kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „

we Francyi i Belgii

rocznie 24 franki, półrocznie 12 franków, kwartalnie 6 fran.

W innych krajach według przepisów pocztowych.

Prenumeratę przyjmują: w Krakowie Administracyja, nadto w Warszawie pp. Gebethner i Wolff, w Paryżu p. Adam, Rue Clément 4. — Ogłoszenia przyjmują: Administracyja, oraz w Paryżu p. Adam, Rue Clement 4 i p. Dobrowolski Faub. St. Martin 57.

Zwracamy zarazem przy téj sposobności uwagę szanownych Członków korespondentów Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, iż według obowiązującego statutu winni Przegląd Lekarski abonować bezpośrednio w Administracyi.

I. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

Przyczynek do nauki o samoistném znużeniu serca.

(Znaczny przerost serca, rozległa zakrzepica żylna).

Skreślił Dr. Alfred Wolfram.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 50).

Napadów, o jakich powyżéj była mowa, nie można również było tłumaczyć dusznicą sercową *(asthma cardiacum)*, gdyż téj nie towarzyszą bóle w okolicy serca, co najwięcéj są tylko bardzo nieznaczne.

Natomiast cały szereg objawów klinicznych przedstawiał w naszym przypadku wiele podobieństwa w szczegółach do tak zwanego samoistnego stłuszczenia serca w tém znaczeniu, jak je w najnowszych czasach opisał Leyden *(Zeitschrift f. klin. Med.*, t. V, 1882, str.) na podstawie kilku sekcyją stwierdzonych przypadków, a tyczących się ludzi zażywnych, u których nietylko podskórna tkanka tłuszczowa obficie była rozwiniętą, ale i sam mięsień sercowy znacznym pokładem tłuszczu otoczony lub nim poprzerastany. Coraz wyraźniéj zaznaczające się objawy znacznego zwyrodnienia serca, rozlane, mało oporne uderzenie koniuszkowe, coraz znaczniejsze rozszerzenie obu komórek sercowych, słabe, głuche tony, słaby, przemijający szmer skurczowy, rytm cwałowy, mało napięte, dosyć częste, od czasu do czasu nieregularne tętno, zastój żylny z towarzyszącą mu puchliną, wyraźne napady duszności, silne bóle w okolicy serca, oto objawy, jakie Leyden mógł stwierdzić w samoistném stłuszczeniu serca w późniejszym okresie téj choroby, a które bez wyjątku mogliśmy spostrzegać i w naszym przypadku. Lecz z drugiéj strony szczegóły anamnestyczne budziły pewną w téj mierze wątpliwość. I tak chora nasza stanowczo nie nadużywała napojów wyskokowych, jak to w większéj części swoich przypadków Leyden mógł wykazać, a jakkolwiek dosyć dobrze odżywiona, przecież nie posiadała tak obficie rozwiniętéj podskórnéj tkanki tłuszczowéj, aby z niéj o znaczniejszém nagromadzeniu tłuszczu w około serca lub w samém sercu przynajmniéj wnosić można było. Tkanka ta raczéj w ciągu obserwacyi szczuplała i zanikała coraz więcéj, a mimo to przypady ze strony serca widoczniéj się pogorszały.

Tak więc nie pozostawało przypuścić nic innego, jak tylko zwykłe, samoistne zwyrodnienie serca. Wszystkie przypady, które w ciągu obserwacyi mogliśmy spostrzedz, licowały najzupełniéj z tém rozpoznaniem. Ta wzrastająca coraz wyraźniéj niedomoga serca, to słabe, częste, niekiedy nieregularne tętno, ta duszność połączona z bólami w oko-

licy serca, te zawały krwawe w płucach i w śledzionie, ten ogólny zastój żylny z idącą w parze z nim opuchliną, ten szmer przemijający, wszystko to były objawy, wskazujące bardzo znaczne zwyrodnienie mięśnia sercowego, a najzupełniéj podobne do tych, które cechowały przypadki w klinice Biermera, zebrane przez Seitza w oddzielną grupę samoistnego przedrażnienia serca. Również i gwałtowne bóle w okolicy dolnéj części mostka i koniuszka sercowego charakterem swoim, a nawet umiejscowieniem, w najdrobniejszych szczegółach przypominały bóle, jakie Da Costa u żołnierzy z przedrażnionêm sercem tak często mógł spostrzegać. Etyjologija tylko pozostała niezupełnie jasną. Mimo starannie przeprowadzonych wywiadów choroby w żaden przyczynowy związek ze znaczniejszém natężeniem lub przeciążeniem się w pracy fizycznéj wprowadzić się nie udało. Natomiast przypadek nasz pod tym względem przypominał przypadki Bernheima, w których przerost serca rozwinąć się miał u kobiet, które często rodziły. Jak wiadomo, chora nasza przebyła dziesięć bardzo ciężkich porodów.

Gdy i przypady w narządzie oddechowym, jakotéż w układzie żylnym łatwo tém rozpoznaniem wytłumaczyć się dały, przychylił się wreszcie prof. Korczyński w ciągu obserwacyi do tego zdania, że przerost w niniejszym przypadku był samoistnym, a znużenie i przedrażnienie jego zwykłém na tle zboczeń funkcyjonalnych opartém następstwem. W płucach należało przypuścić sprawę zapalną, wywołaną przez zawały krwawe, a w żyłach rozległą zakrzepicę. Przemawiała za nią bolesność odnóg, szczególniéj w przebiegu pni żylnych, obrzęk tamże najwyraźniejszy, nierówna opuchlina obu odnóg dolnych, wreszcie obrzęk tylko jednéj odnogi górnéj, i to zwolna od karku ku dłoni się posuwający. Jakkolwiek wzdłuż przebiegu pni żylnych postronkowatego stwardnienia na pewne wyczuć się nie dało, nie mogło to osłabiać rozpoznania, gdy się zważy, że dla znacznéj puchliny, napięcia obrzęku i nader dokuczliwéj bolesności, głębsze badanie przedmiotowe było nader utrudnione, niekiedy nawet wręcz niemożliwe. Zakrzepica ta musiała być rozległą i obejmować nietylko główne pnie żylne, ale i ważniejsze ich rozgałęzienia, jak to wypadało wnosić z niemożności wytworzenia się obocznego krążenia. W równym niemal stopniu utrzymująca się opuchlina odnóg, brak wyraźniéj rozdętych żył podskórnych, świadczyły o tém najwymowniéj. Rozmaite umiejscowienie się zakrzepicy w pniach żylnych od siebie odległych, kazało się domyślać, że się wytworzyła na tle zwolnionego krążenia, które w wysokim stopniu dotyczyło całego układu żylnego, jak niemniéj można było przypuszczać, że z odnogi dolnéj lewéj, posuwając się zwolna ku górze, przeniosła się na żyłę główną wstępującą, a z niéj na pnie żylne odnogi prawéj. Rozpoznanie kliniczne brzmiało więc w całości:

Hypertrophia et degeneratio musculi cordis idiopathica, subseq. infarctibus pulmonis utriusque. Pneumonia et embolia ambilateralis, pleuritis sinistra. Thrombosis venae cruralis utriusque et ejus ramorum, nec non venae subclaviae, axillaris, brachialis sinistrae.

Z protokołu sekcyi (prof. Browicz) przytaczamy następujące ważniejsze szczegóły:

Na osierdziu ściennêm w częściach górnych liczne grupy ciemno-czerwonych, drobnych plamek, worek osierdziowy zawiera około 50 gramów cieczy surowiczéj, lekko kawowo zabarwionéj.

Serce powiększone w całości, głównie jednak lewa połowa. Po odcięciu naczyń, osierdzia i po wypłukaniu skrzepów waży 506 gramów. Wymiar podłużny wynosi 13cm, poprzeczny 14$^1/_2$cm. Grubość mięśnia komórki lewéj 17mm., komórki prawéj bez wliczenia dobrze rozwiniętego układu beleczkowego 3—5mm. Jamy serca są bardzo obszerne, najmniejszy jest przedsionek lewy, mający ściany prawidłowéj grubości. W jamie komórki prawéj sterczy pomiędzy beleczkami skrzep kulisty, wielkości orzecha laskowego. Na powierzchni jest on pokryty zbitszą warstwą włóknika, wewnątrz wypełniony miękką, rozpadłą, szaro-czerwoną miazgą. Podobne, jednak mniejsze, żółtawe, wewnątrz czerwone skrzepy rozrzucone są licznie między beleczkami mięsnemi téjże komórki. Prócz tego cała prawie jama komórki wypełniona ciemno-czerwonym, świeżym skrzepem. Ujście tętnicze prawe, zastawki półksiężycowe tętnicy płucnéj i zastawka trójkończysta prawidłowe.

Jama komórki lewéj zawiera nieliczne, świeże skrzepy i starsze, kuliste, wplecione między mięśnie beleczkowe. Na brzegach wolnych obu wentylów zastawki dwukończystéj, po stronie ku przedsionkowi zwróconéj, widno rąbek drobnych, szarawych, gęsto obok siebie stojących, miękkich, brodaweczkowych wybujałości, obłożonych świeżemi, czerwonemi skrzepami. Zresztą zastawka w całości cienka, podatna, domykalna. Zastawki aorty prawidłowe.

Mięsień sercowy, zwłaszcza w warstwach wewnętrznych, żółtawo odbarwiony, przytém kruchy. Badanie drobnowidowe stwierdziło nieznaczne tylko stłuszczenie włókien mięsnych w obu komórkach. Tętnice wieńcowe prawidłowe. Aorta w całym przebiegu okazuje na ścianie wewnętrznéj nieliczne plamki i wyniosłości żółtawe. Obwód jéj nad zastawkami wynosi 70mm.

Płat dolny płuca lewego w linii pachowéj i w swéj części górnéj w miejscu ograniczonêm przyrośnięty bardzo ściśle mocnemi błonami włóknistemi do klatki piersiowéj, mniéj w częściach przybrzeżnych dolnych; nadto opłucna płuca lewego w częściach dolnych i tylnych przyćmiona, silnie nastrzykana, licznemi plamami wybroczynowemi i nalotem wypociny włóknikowéj, świeżéj, pokryta. W dolnych częściach worka opłucnowego około 200 gramów cieczy krwawo zabarwionéj, pomięszanéj z płatkami włóknika.

Płuco prawe przedstawia mniéj liczne i dość wiotkie zrosty włókniste z opłucną ścienną, mianowicie w szczycie w częściach dolnych i tylnych, w ograniczonêm miejscu przedniéj części płatu górnego, gdzie zewnętrznie widać większe ognisko miąższu zbitego, ciemno czerwonego, krwią przesiąkłego; jest ona téż przyćmiona i nalotem włóknika pokryta. W częściach tylnych tegoż płuca na jego opłucnéj nieliczne plamki wybroczynowe.

W środku części przedniéj górnego płatu płuca prawego ognisko wielkości kurzego jaja z miazgi ciemno czerwonéj złożone, otoczone miąższem zbitym, bezpowietrznym. W głębi tego ogniska znaleziono tętniczkę zaczopowaną suchemi, żółtawemi skrzepami. W tylnéj części przy powierzchni kilka drobniejszych ognisk zbitych z tkanki łącznéj na obwodzie, a z masy suchéj, szaro-czerwonawéj w środku złożonych. Nieliczne ogniska do blizn podobne znajdują się téż przy powierzchni tylnéj i dolnéj płatu dolnego. W szczycie płatu górnego widać jeszcze grupy guzków zbitych okołooskrzelowych, z drobnemi ogniskami białawemi, podobnemi do serowaciejących gruzełków. W częściach tylnych tego

płuca miąższ zresztą zawiera powietrze jest ciemno czerwony, zwłaszcza w płacie dolnym. Za uciskiem z powierzchni wydobywa się obfita ciecz krwawa, pienista, z drobniejszych oskrzeli ciecz śluzowa ropna. (Dok. nast.)

II. Kazuistyka lekarska w Turcyi.

Zebrał Dr. W. Jabłonowski.

(Dokończenie. Patrz Nr. 50).

Na zakończenie jeszcze jeden fakt wybornie charakteryzujący łatwość przyswajania sobie tu najrozmaitszych doktryn leczniczych, pomimo że gleba, na któréj się uprawiają, nie cechuje się wcale wielką płodnością.

Oto przed paru laty kilku z tutejszych bardziéj wziętych lekarzy, wystąpiło z zaleceniem leczenia chorób zakaźnych dawkami minimalnemi, czyli stósowania tak zwanéj terapii alkaloidowéj. Nowy ten sposób postępowania leczniczego zdumił i zaciekawił ogół tutejszych aleopatów. Uważano go bowiem za jakiś wybryk zrodzony chyba w fantazyi adeptów Hahnemana i powitawszy go fachowym sarkazmem, zachowano się najobojętniéj w obec nowo wciskającego się sposobu leczenia. Jednakże wprowadzenie w praktykę doktryny wynalezionéj przez prof. Burgraevego i opartej na zaiste pięknéj dewizie, że obowiązkiem każdego sumiennego lekarza jest przeprowadzenie z nią ścisłych doświadczeń, skłoniło kilku tutejszych aptekarzy do wprowadzenia w praktykę gałeczek zawierających alkaloidy najbardziéj energiczne a jednocześnie i zachęciło aleopatów do ich wypróbowania. Pozostawiając sobie na późniéj przyjemność opowiedzenia czytelnikom „Przeglądu" o rozwoju w Konstantynopolu doktryny uczonego profesora z Gandawy, o kultywowaniu dosimetryi tutaj i otrzymanych wynikach, dziś pozwalam sobie zacytować parę tylko przykładów, w których gałeczki Chanteaud w istocie okazały się korzystne.

a) Dziewczyna Greczynka, lat 14, niedokrewna i bardzo nerwowa, dotąd nie miala czyszczeń miesięcznych. Cierpienie jéj rozpoczęło się od znacznego osłabienia, upadku sił, gorączki, silnych bólów głowy i braku apetytu. Ponieważ pierwszego dnia nie podobna było zadecydować o naturze choroby, przepisano więc tylko małą dawkę akonitynu. Drugiego dnia leczenia a szóstego od wystąpienia pierwszych pojawów chorobowych gorączka się wzmaga, ciepłota dochodzi do 40°, chora majaczy. Wtedy więc przepisano siarkan strychninu, akonityn, dygitalin, salicylan sody, z każdego po jednéj gałeczce co kwandrans, prócz tego zalecono obmywania powłok skórnych bezwodną solą Seidlitza. Do piątego dnia chora pozostawała w stanie niezmiennym. Do gorączki ze stanem drgawek i wielkiego niepokoju przyłączyła się jeszcze obawa możebnego zapalenia płuc. Ciepłota dochodziła niekiedy do 42° nie spadając nigdy niżéj 40°. Podany weratryn po gałeczce co kwadrans wywołał nudności i wymioty, co zmusiło leczącego do zaniechania leku. Chora doświadcza migotania w oczach, zawrotów głowy i skłonną jest bardzo do snu, mianowicie gdy usiłuje siedzieć na łóżku. Te objawy mózgowe przypisano salicylanowi sody, i wstrzymano jego podawanie czwartego dnia leczenia. Ilość gałeczek z alkaloidów powyższych, jaką spożywa chora, jest bardzo znaczną. Uwzględniając przerwy w ich zastósowaniu wywołane podczas żywienia się i nieład po stronie narządu trawienia, codziennie od 8 godziny rano do 11téj wieczorem chora zwykła przyjmować od 30—40 gałeczek z każdego gatunku. W końcu wreszcie piątego dnia leczenia następuje nieznaczne polepszenie. Ciepłota spada na 38°. Leczenie jednak pozostaje têm samém, tylko środki podaje się w dawkach mniejszych i rzadziéj. Odtąd sytuacyja choréj staje się dość znośną, pomimo że cierpiąca podlega drgawkom i ogólnemu wzruszeniu, zależącym prawdopodobnie od stanu podrażnienia rdzenia pacierzowego. Ztąd wyłączne wskazanie do zastósowania cikutynu i zimnych obmywań dwa razy na dzień. Obmywania te jednak wywołały lekki nieżyt oskrzeli, co zmusiło do podwojenia dawek akonitynu i dygitalinu z dodatkiem jodoformu. Lekka gorączka ze stopniem ciepłoty nie przechodzącym 37° trwała przez dni 12, w ciągu których chora na krótką chwilę była w stanie opuścić łóżko. Okres ten trwał aż do 22 dnia choroby i gorączka chociaż nie wzmagała się, zmuszała jednak do ciągłego czuwania i dalszego jeszcze przez ośm dni podawania gałeczek akonitynu i dygitalinu. Z upływem tego okresu chora wzmocniona w części posilnym pokarmem i lekami arszenikowemi, czuła się w stanie udać się na wieś dla zmiany powietrza. Leczący uważa powyższy stan za gorączkę durzycową z pojawami bardzo groźnemi, trwającą przez trzy tygodnie, w ciągu których jednak chora była zmuszoną do pozostawania w łóżku tylko kilka dni! Zaprawdę chorzy, leczeni w naszych szpitalach, radziby byli bardzo z taką łatwością pozbyć się tego groźnego cierpienia.

b) Turczynka lat 17, stan niedokrewny, czyszczeń miesięcznych brak. Choroba w tym przypadku rozpoczęła się bardzo łagodnie. Najprzód wystąpiła lekka osutka trwająca zaledwie dwa dni. Daléj rozwinął się stan gorączkowy nieznaczny lecz trwały; krwawienie z nosa, bardzo silne bóle głowy, biegunka naprzemian z zatwardzeniem; od czasu do czasu wymioty. Przepisano choréj *Seidlitza Chanteaud*, łyżeczkę od kawy rano; w ciągu zaś dnia rozpoczęto podawać brucyn, dygitalin i arsenian kofeinu, z każdego po jednéj gałeczce co godzina. Przy têm leczeniu upłynęło kilka dni. Osłabienie, którego ustąpienia spodziewano się co chwila, trwa bez przerwy, głowa cięży, chora smutnieje i co rano ciepłota jest znaczniejszą. Piątego dnia choroby przepisano siarkan strychninu, dygitalinu, arsenian kofeinu i akonityn, każdego po gałeczce co kwadrans. Wieczorem gorączka ustaje zupełnie, występuje jednak w nocy i przy wizycie rannéj ciepłomierz wskazuje 39°. Jeżeli więc choroba tak postępuje nie przedstawiając żadnych objawów zatrważających z wieczorami spokojnemi i snem w nocy, jeżeli jednocześnie przy rannéj wizycie znajdujemy chorych więcéj lub mniéj gorączkujących, z twarzą wyrażającą zaniepokojenie i smutek, należy niedowierzać, ponieważ taka sytuacyja ukrywa dur z rozwojem łagodnym wprawdzie, lecz pewnym i skłonnym do następnego wzmożenia się w swéj sile. Tak też było w istocie u naszéj choréj. Okres gorączkowy nie trwał niżéj nad 30 dni, a pomimo to chora nie była zmuszoną do ciągłego pozostawania w łóżku, nie doświadczając żadnych objawów ze strony narządu trawienia. Zastósowanie zaś alkaloidów nie wywołało żadnych powikłań ze strony ośrodków nerwowych, z wyjątkiem rzadkich i lekkich bólów głowy. A jednak nigdy tak obfitego arsenału leczniczego nie wprowadzono na scenę działania. Siarkan strychninu, akonityn i dygitalin podawano bez przerwy co kwadrans, ażeby zapobiedz wzmaganiu się ciepłoty powłok skórnych. W miarę jednak zmniejszania się stopnia ciepłoty trzy powyżéj zacytowane alkaloidy podawano co pół godzi-

ny. A wreszcie gdy ciepłota stała się prawidłową, kontynuowano to samo leczenie jeszcze w ciągu następnych 15tu dni podając alkaloidy co godzina. Po upływie tego okresu, podano jeszcze weratryn, ale tylko wtedy, gdy występowała skłonność do wymiotów. W wolnych zaś przerwach chora otrzymywała arsenian kofeinu i wodny żelazo sinek chininu po gałeczce. Jednakże poczynając od godziny 6téj wieczorem zaprzestano podawać arsenian kofeinu z obawy zmniejszenia snu. *Seidlitz Chanteaud* zalecano brać raz lub dwa razy na dzień w celu utrzymania zawsze wolnego stolca. Ten sposób podawania alkaloidów co kwandrans trwał codziennie. Średnio 18 na 24 godzin, tj. od 7 godziny rano do 3 po północy, z jednogodzinnemi przerwami, przeznaczonemi na przyjęcie posiłku. W początkach ciepłota dochodziła 40°, późniéj spadła na 38°. Wkrótce zatém najwyższy stopień ciepłoty nie przechodził 37°, spadłszy wreszcie na 36° z chwilą rozpoczęcia podawania wodnego żelazo-sinku chininu i arsenianu kofeinu. Pewnéj nocy czuwająca przy choréj kuzynka, nie przestawała podawać co pół godziny po jednéj gałeczce strychninu, dygitalinu, akonitynu i chininu. O godz. 9 rano znaleziono ciepłotę 35°5, z tętnem 60. Pomimo podobnego stanu polecono kontynuować dalej podawanie alkaloidów, opierając się na doświadczeniu, że sztuczne obniżenie ciepłoty w durze nie jest niebezpiecznêm, nie powinno jednak zmniejszać baczności lekarza. W istocie też tegoż samego dnia gorączka u naszéj choréj powróciła, ciepłota jednak utrzymywała się prawie w granicach prawidłowych. Chora nie tylko była spokojną, ale czuła się szczęśliwą i wesołą. Przyjmując posiłek dwa razy na dzień, bawiła się w obszernym pokoju, ciesząc się bardzo widokiem osób, bez przerwy nią się zajmujących. Czuwanie bowiem krewnych i częste podawanie przyjemnych leków było dla niéj prawdziwą rozrywką. A jednak stan chorobowy trwał zawsze z uporem. Upadek stopnia ciepłoty odpowiadał najzupełniéj wytrwałości w podawaniu alkaloidów. Bo gdy tylko choćby na godzinę przerwano ich stósowanie, natychmiast gorączka z nową powracała siłą. W razie przeciwnym chora cieszyła się stanem prawie bezgorączkowym. Tak też postępując zdołano zawsze zapanować nad stopniem ciepłoty. Począwszy zaś od 20 dnia choroby, kwasyja przed jedzeniem i arsenian wystąpiły teraz na scenę przyczyniając choréj dobrego apetytu i wzmacniając jéj siły. Leczenie przeciwgorączkowe kontynuowano aż do 31 dnia choroby. Odtąd chora wstąpiła w okres wyzdrowienia i odwiedzający ją nie mogli się wydziwić, że tak łatwo uniknęła grożącego niebezpieczeństwa.

Widocznie, że dwa te przykłady były bardzo łagodnemi przypadkami duru, zwanego tu śluzowym. Leczący bowiem, jakkolwiek i tę formę nazywają bardzo groźną, nie napotkali jednak żadnych powikłań, chore nie były zmuszone pozostawać w łóżku i cała terapija była wyłącznie skierowaną ku zmniejszeniu stopnia ciepłoty. Rzecz też bardzo ciekawa, jak sobie postąpią, gdy się spotkają z istotnym durem brzusznym, z całym szeregiem ciężkich powikłań itp.? Czy wtedy stósowanie najtrwalsze gałeczek z kilku naraz alkaloidów także odniesie zwycięztwo? chyba późniejsze ścisłe dochodzenia pozwolą o têm zadecydować.

Na teraz pospieszam zakończyć mój szkic zdaniem prof. Vulpiana, że pod względem rezultatu wszystkie sposoby leczenia duru są sobie równe. Bo śmiertelność u cierpiących na dur jest prawie jednakową, czy zastósujemy sposób klasyczny, czy leczymy wyczekująco, czy też działamy wyłącznie podając salicylan sody, siarkan chininu lub każemy brać zimne kąpiele.

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Puschmann: **Die Medicin in Wien während der letzten 100 Jahre**. Wien, 1884, M. Perles, 8vo, str. 327.

Wiadomość podał prof. Dr. Józ. Oettinger.

(Dokończenie. Patrz Nr. 50).

Druga część książki opisuje dzieje szkoły wiedeńskiej od śmierci Cesarzowéj Maryi Teresy w r. 1780, gdy Cesarz Józef II do owéj chwili dzielący rządy ze słynną matką samowładnie zasiadł na tronie przodków. Z niesłychaną gorliwością i gorączkową niecierpliwością zajął się ten wielki monarcha przeobrażeniem stosunków przestarzałych i urządzeń spróchniałych a zastąpieniem ich nowemi, potrzebom czasu i rozwojowi wszechstronnemu oświaty odpowiedniejszemi. Podziw w każdém szlachetném sercu wzbudza osobisty udział, jaki nawet w drobniejszych szczegółach brał ten prawdziwy ojciec i opiekun swoich ludów. Sam naglił, sam zwalczał liczne a trudne przeszkody stawiane przez nałóg, uprzedzenie i zagrożone w swych przywilejach żywioły, nie szczędził też w razie potrzeby swych prywatnych funduszów dla rychlejszego dopięcia szczytnych celów. Cały szereg wspaniałych i płodnych w błogie owoce zakładów, będących dotąd chlubą stolicy i monarchii, jemu zawdzięcza i pierwszy pomysł i szybkie wykonanie. Bystrém okiem dostrzegł niesłusznego upośledzenia chirurgii i jéj wykonawców i postanowił zaradzić téj niemniéj szkodliwéj jak niesprawiedliwéj nierówności przez równoczesne kształcenie lekarzy w obu kierunkach, z tą samą gruntownością, dokładnością a nadewszystko praktyczną biegłością i na równych prawach. Zaraz po wstąpieniu na tron Cesarz przystąpił do uporządkowania zakładów dobroczynnych i lekarskich przeznaczając te ostatnie do celów także naukowych. W tym zamiarze postanowił utworzyć z licznych mniejszych a porozrzucanych szpitali jeden powszechny. Było to zadanie i niemałe i niełatwe, o rozwiązanie którego pokusić się mogła jedynie tak światła głowa i tak potężna ręka. Jakoż dnia 16 sierpnia 1784 dzieło było dokonane i szpital powszechny w wielkim domu niegdyś ubogich rozpoczął zbawienną swą działalność. Autor skreśla pierwsze jego urządzenie, dołącza wykaz liczby pomieszczonych tam chorych w trzech jego głównych zakładach, t. j. w właściwym domu chorych, w domu położnic i w domu dla obłąkanych. Pierwszym dyrektorem był Józef Quarin z pensyją 3.000 zła. ale bez mieszkania. Jak troskliwie Cesarz dbał o wykształcenie odpowiednich sił zwłaszcza w gałęziach praktycznych, dowodzi przykład następujący. Zwiedzając pewnego razu dom sierot i podrzutków zastał tam miejscowego chirurga Łukasza Jana Boëra, który mu się spodobał, a poznawszy się na jego zdolności w kilku późniejszych z nim rozmowach i naradach, pewnego dnia tak się do niego odezwał: „Francyja i Anglija przewyższają państwo moje zakładami umiejętnymi i uczonymi mężami; dla tego wysłałem tam Hunczowskiego, Beinla i Veringa, aby się na tęgich wykształcili chirurgów. Od asana (*von ihm*) życzę, aby się poświęcał położnictwu z tą pilnością i troskliwością, na jaką ważny ten zawód zasługuje. Asana osobistość nadaje się zupełnie na akuszera a talent i pilność dokonają reszty". Jakoż nie omy-

lił się, gdyż wybraniec ten stał się słynną powagą w nauce położnictwa i jedną z największych ozdób szkoły wiedeńskiéj.

Za staraniem znakomitego chirurga Brambilli założył Cesarz drugi wielki zakład poświęcony celom lekarskim i naukowym, t. j. wielki lazaret wojskowy w połączeniu ze szkołą lekarską, nazwany od swego twórcy *Josephinum*. Oddano go na użytek d. 7 listop. 1785 pod kierunkiem naczelnym wzmiankowanego wyżéj lekarza. Obie szkoły cywilna i wojskowa uzupełniały się nawzajem w kierunku wykształcenia w ten sposób, iż w drugiéj, ze względu na jéj główne przeznaczenie, uprawiano obszerniéj chirurgiję. Dla podniesienia cechy naukowéj łączył się z nią rodzaj Akademii, w skład któréj wchodziło 50 członków, na których powoływano oprócz profesorów najznamienitsze powagi chirurgiczne z krajów monarchii rakuskiéj i z zagranicy. Spółzawodnictwo tych zakładów przyczyniło się nie mało do ożywienia ruchu naukowego i wydało spory szereg znakomitych mistrzów, których życie, prace i zasługi autor wiernie opisuje.

Szkoła weterynarska w połączeniu ze szpitalem dla chorych zwierząt powstała już w roku 1778 i zawdzięczała także równie jak zakład dla głuchoniemych i dom podrzutków swój początek i rozwój zgasłemu niestety zbyt wcześnie reformatorowi swego państwa. Nastąpił okres reakcyi skreślony w trzeciéj części dzieła. Prąd nowy acz wstrzymał i usunął nie jedno, co było już dokonane lub dopiero zamierzone, nie zdołał jednak zniweczyć utworów głównych opartych na niespożytych podwalinach głęboko a zdrowo pojętego dobra powszechnego. Wrodzona ich niejako żywotność oparła się nieprzyjaznym wpływom, rozwój tylko zwolniał, lecz nie uwiądł całkowicie, acz ciężkie przebywał próby i z dotkliwemi pasował się zawadami. Tém większa jest zasługa mężów nauki, iż mimo przeszkód stali na straży potrzeb naukowo lekarskich starając się wszelkiemi siłami o ich zaspokojenie.

Do nich należy Piotr Frank, twórca policyi lekarskiéj, który na wezwanie Cesarza Leopolda w r. 1790 o podanie sposobu oszczędniejszego urządzenia szpitala powszechnego, skreślił otwarcie jego niedostatki. W r. 1795 objął kierownictwo tego wielkiego zakładu tudzież klinikę lekarską. Pomiędzy polepszeniami koniecznemi z powodu zaprowadzonéj ponad sprawiedliwą miarę oszczędności napotykamy wyjednaną przez niego zmianę urządzenia niestosownego, aby profesor kliniki brał w dzierżawę opędzanie jéj materyjalnych potrzeb. Starał się także o założenie muzeum anatomiczno-patologicznego poparty przez pilnego badacza Aloizego Rud. Vettera, mianowanego na świeżo utworzoną posadę prosektora. Ten ostatni nie doznając zachęty na swojém stanowisku we Wiedniu objął katedrę anatomii i fizyjologii w Krakowie w r. 1803. Działalność zbawienna Franka napotkała przeszkodę w natarczywém domaganiu się ograniczenia wydatków, które według niego na cele wskazane były konieczne. Z powodu tego w r. 1801 odpowiedział, że oszczędzanie życia ludzkiego jest najcelniejszą oszczędnością państwa, i że każdy system ekonomiczny, któryby się opierał na ofierze poświęcającéj utrzymanie zdrowia pożytecznych obywateli, mija się z istotnym celem swoim ..... Doszło wreszcie do tego, że ten słynny lekarz i uczony ściągnął na siebie nietylko nienawiść ale i oskarżenie potężnego wówczas barona Stiffta, przybocznego lekarza cesarskiego i naczelnika spraw lekarskich. Sprzykrzywszy sobie nieustanne dokuczliwości przyjął ofiarowaną sobie przez Cesarza Aleksandra katedrę kliniki lek. w Wilnie i przeniósł się tamże w r. 1804 razem ze synem Józefem, a niebawem do Petersburga, jako lekarz przyboczny monarchy, zkąd w r. 1808 znowu do Wiednia powrócił.

Wzmiankowany wyżéj Andrzéj Józ. baron Stifft był poniekąd biegunem przeciwnym van Swietena. Obaj wywierali wpływ potężny skutkiem swego stanowiska i nieograniczonego zaufania u Naczelników rządu. Lecz o ile ten ostatni ożywiał, o tyle tamten hamował ruch i postęp naukowy. Sam miernych zdolności popierał miernotę a tłumił wyższość umysłową, jeżeli zwykłą przekraczała miarę i nie chciała poniżyć się do pochlebstwa i służalstwa.

Dowcipnie i trafnie ocenił go Rust, także ofiara jego prześladowania, w r. 1803 prof. chirurgii w Krakowie, późniéj w Berlinie, słynny operator, jak wiadomo sprawozdawcy niniejszemu z innego źródła, tą krótką definicyją, że Stift co znaczy ćwiek *„ist ein Nagel ohne Kopf“* (jest goździem bez głowy). Do wybitniejszych postaci owego okresu należy Jan Walenty Hildenbrand w r. 1793 profesor kliniki we Lwowie, w r. 1805 w Krakowie, a w następnym roku w Wiedniu. Pod nim kształcił się nasz Brodowicz i jego zasady, jako nowe wówczas, do Krakowa przeniósł, gdzie Linhart trzymał się jeszcze nauki Browna. I następca jego Jan Nep. Raiman był w r. 1805 profesorem w Krakowie, a późniéj od r. 1810 w Wiedniu, gdzie sędziwy nasz profesor dopiero co wzmiankowany był jego asystentem. Nie brakło i w tym okresie szkole wiedeńskiéj na mężach znakomitych, lecz ciążyła na niéj niewola wszechwładnéj biurokracyi i niedostatek ożywczego tchnienia swobody. Przesuwały się tam różne prądy i kierunki przez autora wspominane jak mesmeryzm, frenologija Galla, lecz pominiętą jest homojopatyja. Nauka Browna i szkoła filozoficzno przyrodnicza nie znalazła tu tylu zagorzałych zwolenników, jak w Niemczech. Początki dziennikarstwa lekarskiego przypadają na r. 1789, kiedy G. E. Kletten wydawać począł: *Wiener medicinische Monatsschrift.*

Czwarta część dzieła obejmuje historyję nowszéj szkoły lekarskiéj. Jest ona drugą wznoszącą się falą ruchu naukowego, przegrodzona od pierwszéj, wszczętéj przez v. Swietena, a potém epoką józefińską długą porą spadku. Autor kreśli jéj obraz jako świadek niemal naoczny, wskazując jak jeszcze przed r. 1848 postęp mimo przeszkód torował sobie drogę, aż z uzyskaną swobodą szerokie otworzył sobie wrota. Któż nie zna przewodników tego ruchu: Škody i Rokitańskiego, tudzież licznego szerego ich zwolenników, pomiędzy którymi znajdują się mistrze krakowskiéj także szkoły. Dzieje to zbyt bliskie i zbyt znane, aby je w tém miejscu potrzeba przypominać. Ale z żalem dostrzegliśmy, że w obec dość szczegółowego wyliczania zasług różnych mężów około lekarskich zakładów wiedeńskich zbyt pobieżna jest wzmianka o Józefie Dietlu i jego wpływie na wielki szpitał na przedmieściu Wieden, który za jego głównie staraniem powstał i pod jego kierunkiem pomyślnie rozwijać się począł.

Na końcu dodane są tablice wykazujące profesorów katedr lek. od r. 1742, docentów od r. 1801, dyrektorów szpitala powszechnego, wreszcie dokładny spis abecadłowy nazwisk. Dołączony jest plan szpitala powsz. z r. 1784.

Russel Simpson: **O leczeniu zapobiegawczém śluzotoku spojówki u noworodków.**

Stósownie do polecenia Credégo autor każe myć oczy

dzieci natychmiast po urodzeniu wodą czystą, a następnie po rozciągnięciu powiek zapuszczać za pomocą wkraplania jednę kroplę 2% rozczynu azotanu srebrowego. Przed używaniem tego sposobu leczenia 11·76% noworodków ulegało ślużotokowi spojówki, od czasu zaś zaprowadzenia go tylko 5%. Ważném jest nadto, że jeżeli mimo tego leczenia ochronnego cierpienie wybuchnie, przybiera ono przebieg bardzo łagodny, powieki są zaledwie obrzmiałe, wydzielina nie ma wejrzenia ropy, a po kilku dniach wszystko wraca do stanu prawidłowego. Autor czyni uwagę, że jak się zdaje, odsetkę możnaby znacznie poniżéj 5% zmniejszyć, gdyby położne z większą starannością wykonywały jego polecenia. (*Edimburgh medical journal* wrzesień 1883.— *Annales d'oculistique* wrzesień i październik 1883). *Rydel.*

Gautier: **Przyczynek do nauki o ptomainach.**

Rozwijając tę kwestyję ważną w sposób bardziéj ogólny, Gautier zdołał rzucić na nią pewne światło, zestawiając fakta dotąd bardzo niedokładnie wyjaśnione. Podług niego ptomainy w ilości więcéj lub mniéj znacznéj można znaleźć w prawidłowych wydzielinach ustroju. Dr. Pouchet także podaje, że z normalnego moczu zdołano otrzymać alkaloid, działający ukwaszająco pod wpływem złoto- i platynochloranu. Na zwierzęta alkaloid ten działa trująco, pozostawiając serce w stanie rozkurczu i wywołując pojawy tężca i obłędu. Posiada on wszystkie cechy właściwe ptomainom, a towarzyszy mu zawsze w moczu istota azotowa niekrystalizująca, mająca własność nadzwyczaj trującą. Obecność dwóch tych istot w moczu pozwala sądzić, że największa ich ilość tworzy się w stanach chorobowych ustroju. Gdy wydzielanie moczu zostaje utrudnioném lub opóźnioném, wtedy powstaje nagromadzenie się we krwi tych istot trujących, i gdy ustrój w skutek uporu lub, jak się wyrażali dawni lekarze, w skutek przełomu (*crisis*), t. j. w skutek obfitych potów, rozwolnienia lub ustalenia się wydzieliny moczowéj, nie zdoła pozbyć się tych produktów, zgon wtedy następuje bardzo prędko. W faktach tych znajdujemy ogólne wskazanie lecznicze, których uwzględnienie jest koniecznem.

Dalej jeszcze Gautier starał się porównać ptomainy z truciznami zbliżającemi się do nich najbardziéj. Już w roku 1875 prof. Bert na posiedzeniu Tow. bijologicznego w Paryżu wykazał, że w płynie trującym pszczół znajduje się istota przedstawiająca ogólne cechy alkaloidów gnilnych i pod wpływem kwasów dająca formy krystaliczne. Odtąd udało się Gautierowi z małéj ilości trucizny *Cobra capello* wydobyć dwa alkaloidy, dające złoto i platyno chlorany rozpuszczalne i pięknie krystalizujące. Istoty te posiadają ogólne cechy ptomainów i oddziaływają na żelazinek potasu tak jak ostatnie. Wreszcie w ostatnich czasach chemik ten doszedł do zdumiewającego odkrycia, łączącego niejako z sobą dwie części ważnéj téj kwestyi. Trwając zawsze w przekonaniu, że w prawidłowych wydzielinach ustroju znajdują się istoty trujące, położył on sobie za zadanie wyśledzić, czy gruczoły ślinne u zwierząt z klasy wyższéj nie wydzielają także istoty trującéj podobnéj do jadu węża. W istocie téż w ślinie ludzkiéj normalnéj udało mu się odkryć istotę bardzo trującą, mianowicie dla ptactwa, które wprowadza w stan głębokiego odurzenia, sama zaś przedstawia się jako pierwiastek rozpuszczalny, nieazotowy, tracący swą siłę dopiero przy ciepłocie 100°C. Istota ta tworzy alkaloid trujący, o złoto- i platyno-chloranach rozpuszczalnych, niekrystalizujących i posiada naturę właściwą ptomainom. Po tém odkryciu Gautier doszedł do wniosku, że w stanie tak fizyjologicznym jak patologicznym w ustroju zwierzęcym tworzą się alkaloidy mogące nagromadzić się we krwi lub być wydzielonemi przez ten lub ów gruczoł. Sprawę ich tworzenia się, powiada Gautier, można sobie wytłumaczyć w ten sposób, że wystarcza odjąć drobinie białka pewną ilość drobin amoniaku, kwasu węglowego i wodoru, ażeby otrzymać połączenia rodni pyrydowych lub wodopyrydowych, jak również połączenie trój-metylogliceraminowe, wszystkie przedstawiące największe podobieństwo do ptomainów. Wreszcie pewne bedłki jadowite, posiadają, jak wiemy, pierwiastek czynny, muskaryn, którego własności fizyjologiczne i chemiczne zbliżają się zupełnie do ptomainów.

Od bardzo dawna wiadomo, że psujące się mięsa, a mianowicie wyroby masarskie, mogą wywołać bardzo ciężkie pojawy zatrucia, często nawet kończące się śmiercią. Teraz nie podobna więcéj wątpić, że pojawy te należy przypisać obecności ptomainów. Na potwierdzenie tego służy fakt spostrzeżony przez Brouardela, który z trzew osoby otrutéj mięsem pieczonéj gęsi wydobył istotę posiadającą własności ptomainów. Nawet gdy mięsa są świeżo przygotowane, mogą one posiadać własności trujące bardzo energiczne. Otóż ponieważ długo nie zdołano znaleźć przyczyny podobnych następstw, przypisywano winę naczyniom, w których mięso było gotowane. Przypuszczenie to sprzyjało bardzo zakorzenieniu się legendy o własnościach szkodliwych naczyń miedzianych. Spostrzegane jednak przypadki zdołały przekonać, że w przypadkach zatruć tego rodzaju, dochodzenia chemiczne nie wykryły śladów miedzi, i że otrucie należało przypisać obecności ptomainów.

Jak więc widzimy kwestyja alkaloidów gnilnych przedstawia wszechstronny interes. Zrodzona wczoraj, rozwinęła się już dosyć, dzięki ludziom nauki pracującym nad jéj uzupełnieniem. I należy się spodziewać, że dalsze poszukiwania w tym kierunku wywrą znaczący wpływ na kierunek studyjów bijologicznych. *W. Jabłonowski.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo Lekarskie galicyjskie.

Posiedzenie zwyczajne Sekcyi lwowskiéj z dnia 20 października 1883.

Przewodniczący kol. Rieger. Członków obecnych 30.

1) Odczytano protokóły z 2 ostatnich posiedzeń i przyjęto.

2) Do miejskiéj Komisyi zdrowia wybrano delegatem kol. Widmanna.

3) Kol. Schattauer przedstawił chorą z zapaleniem kręgu 2go szyjnego, u któréj założył z pomyślnym skutkiem przyrząd gipsowy podług Schönborna. Przyrząd ten ma postać hełmu i obejmuje całą szyję i głowę z wyjątkiem szczytu i twarzy, ku dołowi zaś sięga na klatkę piersiową po sutki. Przyrząd ten ma wyższość nad wszystkiemi innemi przyrządami ortopedycznemi i można go uważać za rzeczywisty postęp w leczeniu zapaleń w górnym odcinku stosu pacierzowego.

4) W sprawie wniosku kol. Widmanna przyjęto wniosek kol. Bylickiego, który brzmi: Tytuł każdego odczytu z posiedzenia Tow. lekarskiego ogłosi się w gazetach lwowskich po odbytém posiedzeniu.

5) Kol. Rieger okazał przyrząd kieszonkowy prof. Wolperta do oznaczenia kw. węglowego w powietrzu.

6) Kol. Ziembicki przedstawił chorego z rozległemi bliznami na górnéj odnodze prawéj, z głębokiém owrzodzeniem na palcach, z następowém zesztywnieniem w stawie łokciowym i nadgarstkowym. W dyskusyi kol. Krówczyński uważał zmiany podane jako objaw późnéj kiły, za czém przemawiają blizny na łukach połyku. Kol. Schattauer nie wykluczając kiły sądził, że forma ta ma wielkie podobieństwo do liszaja żrącego, a mianowicie do téj odmiany, którą Busch i Vogt opisali jako *lupus epithelioformis.*

7) Kol. Ziembicki przedstawił 7-letnego chłopca z ankylozą w stawie kolanowym prawym trwającą 6 lat, u którego przez doraźne wyprostowanie noga o tyle się sprostowała, że chory może dość dobrze chodzić.

8) Kol. Longhamps przedstawił kobietę *cum fractura complicata olecrani*, powstałą w skutek urazu. U choréj téj wykonał resekcyję w stawie łokciowym i chora może dziś ręką władać. Następnie opowiedział o resekcyi w stawie łokciowym według metody Hüterowskiéj, którą wykonał u choréj z powodu kiły.

9) Kol. L. Feigel prostuje Sprawozdanie z posiedzenia Tow. lek. gal. z d. 2 czerwca 1883, umieszczone w Nrze 43 Przegl. Lek. w ten sposób, iż rozbiory moczu, o których mówił, nie były wcale uskuteczniane w celach sądowych lub na wezwanie sądu, lecz rozchodziło się o rozbiory moczu wykonywane na żądanie lekarzy ordynujących w celach rozpoznawczych.

Z powodu pojawienia się jednak w Nrze 14 Czasopisma Tow. aptekarskiego artykułu pt.: „Sprawa cukrowa,“ w którym autor tłumaczy „iż łatwo może jeden rozbiór uryny wykazać ślady cukru, podczas gdy następne rozbiory nie wykrywają takowego ani śladu“ i ubolewa, iż „z powodu takiéj drobnostki wytoczono sprawę przed poważném gronem lekarzy,“ prelegent czuje się zmuszonym do powtórzenia, iż nie rozchodziło się bynajmniéj o taką „drobnostkę,“ lecz przedstawione pisemne sprawozdania owych rozbiorów zawierały takie rzeczy, jak „że po powtórném wyprażeniu osadu moczowego nie można było wykazać w nim cukru gronowego“— lub też znaleziono u 90 letniéj staruszki, wdowy od 40 lat i ciężko choréj „zaledwie słabe ślady spermatozoidów.“ W innym przypadku narysowano bardzo pięknie przybłonki pęcherza, określono je zaś w tekscie jako „przybłonki nerkowe.“ W ciągu ostatnich 2 lat wreszcie wykazano w jednéj pracowni u 3 (mówię: trzech) osób zawsze „znaczną ilość cukru moczowego,“ na téj podstawie wysłały konsylija lekarskie chorych do Karlsbadu, podczas gdy rozbiory tamże, w Pradze i tu ponawiane wykazały zawsze zupełny brak cukru; osoby te narzekają tedy i słusznie, iż z powodu podobnego błędu w rozbiorze ponieśli daremnie stratę czasu i pieniędzy. Wreszcie łatwo pojąć, iż żaden farmaceuta nie ma potrzebnych wiadomości do wykazania i należytego tłumaczenia morfologicznych ustrojowych cząstek w osadzie moczowym, mających dla rozpoznania chorób układu moczo-płciowego bardzo wielkie znaczenie. Błędy takie nie dają się więc niczém wytłumaczyć i nie są drobnostką i dla tego uważał prelegent za swą powinność zwrócić uwagę kolegów na tego rodzaju rozbiory.

Na tém posiedzenie zakończono.

Dr. Pawlikowski.

V. Listy z Warszawy

(Dokończenie. Patrz Nr. 50).

Wspomniałem powyżéj o skargach po gazetach na lekarzy, otóż skargi takie i bezustanne szkalowanie naszych kolegów są teraz u nas niezwykle częste. Byle kto mający złość do lekarza skleci jaką ramotę, w której wymienia z nazwiska lekarza i całą rzecz z emfazą i z napuszonemi deklamacyjami roztacza przed forum publiczności, a są pisma, które bardzo chętnie takie artykuły w łamach swoich zamieszczają. Jeden z najdzielniejszych i najsumienniéj obowiązki swoje pełniących lekarzy prowincyjonalnych Dr. Rybicki w Skierniewicach został przez jedno z tych pism zaatakowany, a śledztwo sądowe wykryło, iż ani jednego słowa prawdy nie było w całém ogłoszeniu. Szkoda wielka, iż nie udało się dociec, kto był autorem téj potwarzy i jego do odpowiedzialności sądowéj pociągnąć, skończy się jednak na redaktorze pisma, którego sąd nie omieszka przykładnie skarcić. W ostatnich czasach Zarząd szpitala Dzieciątka Jezus i jeden z naszych profesorów został zaatakowany i to najniesłuszniéj w świecie przez toż samo pismo. Sprostowanie urzędowe zamieszczone z rozporządzenia cenzury całą rzecz wyjaśniło.

Lekarze trzymają się w takich razach fałszywéj zasady, mianowicie nie chcą nigdy do odpowiedzialności sądowéj pociągać pisma, które się takich potwarzy dopuszcza. Gdyby raz i drugi sąd skazał na wysoką karę pieniężną lub areszt niesumiennego dziennikarza, to niezawodnie ukróciłaby się ta niesforność dziennikarska.

Pracownia chemiczna miejska, w któréjby analizowano materyjały spożywcze sprzedawane na targu oraz inne przedmioty na żądanie Zarządu miejskiego, stanowi od dawna nasze *pium desiderium*. Jeszcze w roku zeszłym Komitet sanitarny wypracował projekt odpowiedni i przedstawił go Prezydentowi miasta. Wydatek, który ponosiłby magistrat, wynosiłby koło 6.000 rubli rocznie, oprócz jednorazowego kosztu na urządzenie pracowni. Wydatek to wprawdzie znaczny, ale korzyści wypływające z takiéj pracowni byłyby ogromne. W rzeczy saméj, jak można dzisiaj skazywać kogoś za sprzedawanie zafałszowanego masła, mleka itd., jeżeli pierwszą i ostatnią instancyją oceniającą dobroć tych materyjałów stanowi policyjant znajdujący się chwilowo na targu! Bez takiéj pracowni żadne większe miasto obejść się nie może i wszyscy szczerze pragniemy, iżby ta sprawa jak najspieszniéj była załatwioną. Koszt względnie znaczny wstrzymuje Magistrat od urządzenia téj pożytecznéj instytucyi, ale cóż znaczy taki wydatek dla miasta wydającego setki tysięcy rubli na policyję a kilkadziesiąt tysięcy rubli na same skwery. Skwery zapewne bardzo są potrzebne w mieście, ale czyżby nie było logiczném zmniejszyć ilość skwerów, a za to pracownię założyć, jeżeli już inaczéj nie można.

Nader pocieszającą i dla ogółu pożyteczną jest okoliczność, iż dzisiejszy Prezydent Warszawy, który szczeremi chęciami przejęty dużo dobrego zrobił dla miasta i budzi powszechny szacunek, bardzo jest chętnym wprowadzaniu ulepszeń tego rodzaju.

W kwestyi pracowni miejskiéj obecnie dwa projekta podane zostały do Magistratu przez osoby prywatne. Właściciel pracowni higijenicznéj istniejącéj od lat paru w Warszawie zaproponował Magistratowi, iż on dokonywać będzie wszystkich analiz chemicznych, jakich od niego zażądają, za ryczałtową opłatą 1.200 rubli rocznie wynoszącą. Inny znowu chemik pragnie założyć w zabudowaniach targowych pracownię i żąda tylko od miasta, żeby mu dano odpowiedni lokal i żeby mu pozwolono pobierać pewną bardzo skromną zapłatę za dokonaną analizę od wszystkich zgłaszających się tak producentów, jak konsumentów. Obadwa te projekta będą roztrząsane przez Komitet sanitarny, ale żaden z nich nie przedstawia wielkich dla miasta korzyści.

W tych dniach wyjdzie z pod prasy: „Rocznik medycyny krajowéj“ Dra Rogowicza. Taki tytuł będzie nadal nosić to pożyteczne od lat pięciu prowadzone wydawnictwo (dawniejszy „Rocznik medycyny polskiéj“). Znajdują się tam sprawozdania z 220tu prac oryginalnych polskich, napisanych przez 112tu autorów w roku sprawozdawczym, t. j. od 1go lipca 1882 do 1go lipca 1883. Każdy komu nie jest obojętny postęp nauk lekarskich w Polsce, powinien mieć w ręku tę książkę, tém bardziéj, iż jest do niéj dołączony mały w kształcie kalendarza tomik z działem informacyjnym. Rozchodzi on się też w licznych egzemplarzach tak u nas jak

i w Rosyi pomiędzy lekarzami Polakami. Sądzę, iż i lekarze galicyjscy nie dadzą się im uprzedzić i zechcą się zaznajomić z płodami pracy polskiéj na polu nauk lekarskich.

W tych dniach zasnął snem wiecznym zacny człowiek i kolega śp. Dr. Aleksander Starynkiewicz, syn obecnego Prezydenta m. Warszawy. Zaledwie 27 lat ukończywszy zdołał on wyrobić sobie opiniję dzielnego chirurga, a mając obszerne pole do pracy w wojskowym szpitalu Ujazdowskim, rokował najświetniejsze na przyszłość nadzieje. Odziedziczywszy po ojcu swym łagodność charakteru i szlachetny sposób myślenia, zjednywał sobie coraz szersze koło przyjaciół, u których szczery żal po sobie pozostawił. Cześć pamięci Jego!

Warszawa d. 8 grudnia. β.

Z wystawy higijenicznéj w Berlinie.

Berlin 1 Października 1883.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 49).

Wszystko to, co ma związek z obchodzeniem się ze zwłokami, stanowi grupę ośmnastą. Na uwagę zasługuje przyrząd do zachowania zwłok przy pomocy lodu pomysłu Dra Schavena z Rostoku, odda on zapewne usługi tam, gdzie idzie o odwleczenie zgnilizny na stosunkowo niedługi czas, jak np. przy przewozie na niewielkie odległości, co daje się nim osiągnąć stosunkowo niewielkim kosztem. Leesmann z Magdeburga wystawił trumny z gipsu, które mają się zalecać trwałością (przymiot zupełnie ze stanowiska higijenicznego niepożądany), lekkością i taniością.

Prócz pieca do palenia zwłok, o którym niżéj, najwięcéj uwagi w tym dziale zwracała trumna z przyrządem ostrzegającym o ruchu ciała w przypadkach pozornéj śmierci a zarazem umożliwiającym przewietrzanie trumny, podczas gdy gazy wywiązujące się zostają spalone. Wystawcą jest Strauss z Schweidnitz na Szląsku. Znany technik Fryderyk Siemens, wystawił w osobnym budynku piec do palenia zwłok. Z początkiem września robiono w tym piecu próby palenia trupów zwierzęcych. Piec tego rodzaju od 4ch lat jest w użyciu w mieście Gotha i okazał się wielce praktycznym. Próby więc te miały tylko na celu wzbudzić jeszcze większe zainteresowanie się sprawą palenia zwłok, która od lat 10 staje na porządku dziennym. Cel ten niewątpliwie osiągnięto, do budynku bowiem rzeczonego trudno się zazwyczaj docisnąć. Próby robione wypadły nader pomyślnie. Spalenie dokonywa się szybko, bezwonnie i dokładnie. Pozostaje jedynie białawy popiół, którego ilość stosunkowo do wagi spalonych istot organicznych jest bardzo nieznaczna. Urządzenie pieca Siemensa polega na tém, że spalenia dokonywa mięszanina gazów, pochodzących ze spalenia z powietrzem pierwéj ogrzaném, płomień przytém powstający nie kopci zupełnie i najdokładniéj wysusza zwłoki. Dopiero po ulotnieniu się, jak można najdokładniejszém, cieczy nastaje spopielenie, — dzieje się ono również przez to, iż wysuszone ciało przez pewien jeszcze czas wystawiamy na wpływ do czerwoności rozżarzonego powietrza.

Taż firma wystawila téż piece do palenia śmieci przy pomocy rozgrzanego powietrza, równie jak i przenośny piec do palenia zwłok w czasie zaraz lub w czasie wojny.

Liczne pisma z bogatéj literatury dotyczącéj palenia zwłok znalazly miejsce w biblijotece wystawy.

Następna grupa poświęcona higijenie zwierząt i weterynaryi mniéj interesu przedstawia dla lekarzy i mogę ją pominąć, tém bardziéj, iż zdaje się, że na tém polu nic ważniejszego nie pojawiło się.

Za to dział czwarty wystawy obejmujący grupy od dwudziestéj do dwudziestéj czwartéj włącznie, mieści w sobie przedmioty najżywotniejszego znaczenia nietylko dla lekarzy ale i dla każdego mieszkańca miast, dział bowiem ten poświęcony jest urządzeniom miejskim.

W pierwszéj z wymienionych grup mieszczą się przedmioty dotyczące higijeny powierzchni ziemi i powietrzni, — w pierwszym więc rzędzie różne systemy brukowania, utrzymania bruków w czystości, a daléj zakładania i utrzymywania skwerów i drzew. Rozumie się, że najznaczniejszą liczbę tu należących okazów dostarczyły zarządy miast, a w ich rzędzie głównie Berlin. Bruk, aby odpowiadał warunkom higijenicznym, winien nieprzepuszczać wody do gruntu, być o ile można twardym, nie ścierać się, a ustępy między pojedyńczemi kamieniami brukowemi winny być jak najmniejsze. W wielu miastach robiono próby z brukiem asfaltowym, z różnych rodzai kamieni, z brukiem drewnianym i żelaznym, o ile który wymogom tym odpowiada. Ze stanowiska higijenicznego na pierwszeństwo zasługuje asfalt, powszechnemu atoli jego zastosowaniu staje na zawadzie względna jego kosztowność. Zarzut, jaki przeciw niemu podnoszono, iż w zimie daje powód do wypadków, nie został potwierdzonym wynikami zestawień statystycznych. Z powodu zalet asfaltu magistrat miasta Berlina, nie licząc się z kosztami, w krótkim przeciągu czasu znaczną liczbę ulic opatrzył tym brukiem, tak iż dziś 182.400 m. kw. wynosi powierzchnia asfaltowanych ulic berlińskich. Pod inne rodzaje bruku jak drewniany i kamienny, które również znajdują zastosowanie w Berlinie, zawsze dają gruby podkład betonowy, aby zapobiedz dostawaniu się wody z powierzchni do gruntu.

Grupa następna dwudziesta pierwsza dotyczy sprawy zaopatrzenia miast w wodę. Rozwiązanie téj sprawy, ważnéj pod względem higijenicznym, technicznym i gospodarczym stanowi dziś jedno z najgłówniejszych zadań techniki zdrowotnéj. W ostatnich latach znaczna liczba miast niemieckich zaopatrzoną została w wodę wodociągową, nic więc dziwnego, iż dział ten wystawy jest liczny i przedstawia nader obfity materyjał do badania dla techników, a mianowicie liczne plany wodociągów różnych miast. Uderza pośród nich wystawa inżynijera Thiemego z Monachijum, który projektował wodociągi dla wielu miast i zbiór swych projektów wystawił. Trudno téż nie zwrócić uwagi na wystawę Ministerstwa würtembergskiego, którego staraniem zaopatrzono w wodę miejscowości położone na wysoczyźnie zwanéj Rauhe Alp, na którą dawniéj z trudnością potrzeba było windować wodę a dziś 216 wsi i miejscowości téj okolicy zaopatrzono wodociągami, przez co dokonano dzieła tak pod względem higijenicznym jak i technicznym wielce na uwagę zasługującego.

Niemniéj dla miast ważnéj sprawie poświęcono grupę dwudziestą drugą, bo sprawie usuwania nieczystości z miast, jak odchodów, odpływów i odpadków. Do usuwania i zużytkowania odchodów zalecane bywają różne metody, ważniejsze z pośród nich są: system kanalizacyi spławnéj w połączeniu ze zraszaniem czyli nawodnianiem pól lub bez tegoż, wywóz wozami z przerabianiem na pudretę i system pneumatyczny pomysłu Liernura.

Od dłuższego już czasu co do téj ważnéj sprawy wre zacięta walka między obozami zwolenników kanalizacyi spła-

wnéj i wywózki. Na wystawie widzimy reprezentowane oba te systemy. Liczne miasta niemieckie wystawiły plany kanalizacyi jak Berlin, Gdańsk, Düsseldorf, Hamburg, Frankfurt, Bunzlau itd., z drugiéj znów strony Stutgart i Heidelberg plany i okazy beczek do wywozu nieczystości. Na poparcie systemu kanalizacyi wystawiono tablice statystyczne, dotyczące śmiertelności w Gdańsku; okazuje się z nich: iż przed zaprowadzeniem kanalizacyi śmiertelność wynosiła rocznie 36½ z tysiąca, a po zaprowadzeniu obniżyła się do 28½. Z miast pozbywających się nieczystości przy pomocy wywózki nie wystawiono podobnych tablic, które dla porównania byłyby bardzo pouczającemi. Szczególnie ciekawemi są plany kanalizacyi miasta Bunzlau, a to z historycznego punktu widzenia. Miasto to posiada od 300 lat z górą, bo od 1559, kanalizacyję ze zraszaniem pól o powierzchni 15 hektarów. Wystawione obok planu kanalizacyi tego miasta tablice, dotyczące śmiertelności z duru w ciągu 20 lat ostatnich od r. 1863 po r. 1882, okazują, iż w dzielnicach skanalizowanych zmiera z téj choroby zaledwie trzecia część liczby zmierających w dzielnicach nieskanalizowanych. W czasie epidemij cholery chorobą tą dotknięte były li tylko dzielnice posiadające jeszcze doły kloaczne.

Uderza okoliczność, że nic nie wystawiono, coby się odnosiło do systemu Liernura, a jednak system ten zdaje się mieć przyszłość. Wystawione przedmioty w ogóle nie przyczyniają się do rozstrzygnięcia téj ważnéj sprawy, wykazują to, co już dawno wiedzieliśmy, że system kanalizacyi jest stosunkowo najlepszym, że jednak nie jest wolnym od zarzutów, a z drugiéj strony, że w wielu specyjalnych przypadkach system wywózki okazuje się bardzo korzystnym i praktycznym, jak np. w Stutgardzie, gdzie przewóz beczek z nieczystościami odbywa się koleją żelazną. Tak jeden jak drugi system połączony jest ze znacznemi kosztami urządzenia lub utrzymania, w wielu więc razach system dołów kloacznych ze stanowiska higijeny na potępienie zasługujący, długi jeszcze czas będzie nieuniknionêm złêm, z którêm liczyć się nam wypada. Trzeba się więc starać o to, aby doły kloaczne równie jak i wychodki były tak urządzone, iżby jak najmniéj szkody zrządzały. Z pośród kilku tu należących wystaw na wzmiankę zasługują patentowane ulepszenia dołów kloacznych firmy spadkobierców Thiriart z Kolonii. Nie brakło téż na wystawie przyrządów do pneumatycznego czyszczenia dołów, które bezwarunkowo zasługuje na pierwszeństwo przed czyszczeniem wiadrami i wszędzie w jak najkrótszym czasie zaprowadzone być winno. Widzieliśmy bardzo ładne i zdaje się trwałe przyrządy do pneumatycznego czyszczenia dołów kloacznych z fabryk Stumpfa w Wrocławiu i Klotza w Stutgardzie. Niemniéj ważną sprawą jak usuwanie nieczystości z miast jest sprawa przerobienia i ostatecznego zużytkowania odchodów również dotąd nierozstrzygnięta, a obchodząca rolników i higijenistów. Pod tym względem mamy na wystawie kilka nowych projektów. Plan Buhla i Kellera z Karlsruhe zasadza się na têm, iż do odchodów dodaje się pewne środk chemiczne a następnie przez ustanie i cedzenie oddziela części stałe od płynnych, pierwsze przerabia się na pudretę, z drugich zaś otrzymuje przez destylowanie amonijak. Inżynijer Breyer z Wiednia wystawił model przyrządu, w którym odchody pod wielkiêm ciśnieniem gazów i par ulegają przerobieniu na nawóz. Dawniéj już znany system Dra Petrego także znalazł się obok wielu eszcze innych na wystawie.

Przegląd przedmiotów, wystawionych w grupie dwudziestéj trzeciéj a dotyczących oświetlenia, dostarcza jednego dowodu więcéj, iż sprawa wyższości, o którą współzawodniczą obecnie światło elektryczne i gazowe nie jest jeszcze zakończoną. Ze światłem elektrycznêm wiele wiązano nadziei: pod względem higijenicznym światło gazowe niezawodnie mu ustępuje, pod innemi atoli względami przewyższa je a niepokonane dotąd trudności i znaczne koszta zdaje się, iż długo jeszcze stanowić będą przeszkodę ogólnemu jego zastosowaniu, jeżeli w ogóle zdoła ono kiedy wyprzeć światło gazowe.

Grupa dwudziesta czwarta poświęcona jest ściśle z sobą związanym opalaniu i przewietrzaniu. Przed niejakim czasem urządzono w Kasselu wystawę z tego zakresu przedmiotów i to tłumaczy dla czego dział ten wystawy berlińskiéj nie przedstawia nic wybitnie nowego, jakkolwiek obfituje w przedmioty piękne i pod względem technicznym wyborowe. (Dok. nast.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Wystawy higijeniczne odbędą się w roku przyszłym: w Londynie pod protekcyją królowéj i następcy tronu a kierownictwem sir Pageta, oraz w Hadze pod przewodnictwem ministra spraw wewnętrznych.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 2 do 8 grudnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 25,5. Z ospy umarło 2 (0 z. t.); z odry 2 (0 z. t.); z błonicy 0 (3 z. t.); z krztuśca 1 (1 z. t.); z duru brzusznego 2 (0 z. t.); z róży 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 3 przypadkach ospy, 2 płonicy, 3 duru brzusznego, 2 róży. W tygodniu od 25 listopada do 1 grudnia umarło z ospy w Londynie 5, leczyło się w szpitalach 56, świeżo zapadło 12. W Liverpolu, Tryjeście, Walencyi umarło po 1, Glasgowie, Lizbonie i Aleksandryi po 2, w Brukseli i Petersburgu po 3, w Budapeszcie i Paryżu po 4, w Birmingham, Warszawie i Murcyi po 5, w Madrycie 6, w Nowym Orleanie 8, w Maladze 23, w Pradze 24, w Madrasie 39. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu, Odesie, Granadzie po 1, w Warszawie, Maladze, Murcyi, Saragosie, po 2. Z cholery umarło w Aleksandryi (od 18—24 listopada) 7, w Madrasie (od 13—19 października) 2; w Kalkucie od 7—13 października) 46. W Nowym Orleanie (od 4—10 listopada) 1.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 25 listopada 1 grudnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 24,1; w Warszawie 24,8; w Poznaniu 25,2; w Budapeszcie 21,4; w Pradze 32,0; w Tryjeście 26,3; w Berlinie 25,7; w Hamburgu 26,0; w Gdańsku 24,1; w Monachowie 30,1; w Dreźnie 27,2; w Lipsku 28,2; w Bazylei 19,1; w Brukseli 22,8; w Amsterdamie 30,2; w Hadze 17,5; w Paryżu 22,6; w Londynie 21,8; w Kopenhadze 17,5; w Stokholmie 25,2; w Chrystyjanii 12,8; w Petersburgu 22,8; w Odesie 31,9; w Rzymie 21,3; w Wenecyi 27,8; w Bukareszcie 29,3; w Madrycie 30,8; w Lizbonie 27,1; w Aleksandryi 38,3; w Nowym Jorku 22,5; w Filadelfii 19,8; w Bombayu 20,9; w Madrasie 29,5. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 20 grudnia. Towarzystwo lekarskie krakowskie uskuteczniło na posiedzeniu wczorajszêm wybory na rok przyszły. Prezesem wybrany został kol. Kwaśnicki, wiceprezesem kol. Browicz, sekretarzem dorocznym kol. Szymkiewicz, redaktorem Przeglądu Lek. redaktor dotychczasowy, członkami komisyi redakcyjnéj koll. Korczyński, Obaliński, Oettinger i Pareński, delegatem Tow. lek. w komisyi sanitarnéj miejskiéj kol. Paszkowski, delegatami Tow. lek. krak. do Rady Zawiad. Tow. lek. galicyjskiéj koll. Krówczyński i Rieger we Lwowie, natomiast Tow. lekarzy galiskich wybrało delegatami swymi w komisyi redakcyjnéj Przegl. Lek. koll. Grabowskiego i Rydla. Sekretarzem stałym pozostaje nadal kol. Jordan, podskarbim kol. Zarewicz a bi-

blijotekarzem kol. Murdzieński. Wreszcie Tow. lekarskie krak. wybrało członkami czynnymi koll. Górskiego, Marcisiewicza i Trzebickiego.

* Z projektu budżetu Ministerstwa Oświecenia na r. 1884, przedłożonego Radzie Państwa, wyjmujemy następujące szczegóły, odnoszące się do Uniwersytetów zachodniéj połowy monarchii:

a) Wydatki zwyczajne.

Uniwersytety:		Wydziały lekarskie:
Wiedeń	790,300	393,072
Insbruk	207,700	70,330
Graz	274,700	147,098
Praga	692,720	188,420 (niem.) 111,532 (czesk.)
Lwów	147,300	—
Kraków	246,100	84,599
Czerniowce	103,800	—
	2.462,620	
Wydatki wspólne	4,892	
	2.467,492	o 181,040 więcéj niż w r. 1883.

b) Wydatki nadzwyczajne.

Wiedeń	691,000	
Insbruk	—	
Graz	—	
Praga	98,998	
Lwów	29,700	(na zakupno realności Głowińskiego)
Kraków	81,600	
Czerniowce	40,000	

Kwota 81,600 złr. przeznaczona dla Krakowa obejmuje następujące pozycyje: 1) Mikroskopy dla zakładu anatomii patologicznéj 900 zła., gabinet fizyczny 2000, na szafy w Biblijotece uniw. 2550, gmach uniwersytecki (1a rata) 70,000, restauracyja w Obserwatoryjum astron. i w *Colleg. Physicum* 5000, asfaltowanie podworca w gmachu biblijotecznym 1150.

Z cyfr powyższych widzimy, że z wyjątkiem insbruckiego Wydział lekarski krakowski najmniéj jest uposażony, że w szczególności jest upośledzony w porównaniu z Wydziałem lek. w Gracu, który równą, jeżeli nie mniejszą, ma liczbę uczniów. W rubryce wydatków nadzwyczajnych napróżno oglądamy się za kwotą, która miała być przeznaczoną na budowę nowych zakładów klinicznych i patologicznego. Rok 1884 zatém jest stracony dla sprawy téj, rzeczywiście zwłoki nie cierpiącéj, podczas gdy biedne finanse Państwa zdobyły się na kwotę 160,000 zła., jako pierwszą ratę na urządzenie wewnętrzne nowego gmachu uniwersyteckiego w Wiedniu, a wiadomo, jak gmach ten został inaugurowany.

* Według pisma JE. pana Ministra spraw wewn. zamierza Rząd otomański poruczyć zagranicznemu przedsiębiorcy urządzenie zakładu kąpielowego w Brusie i udzielić mu koncesyję. — Źródła mineralne w Brusie, znane ze skuteczności już w starożytnych czasach, są po części termami siarczanemi, po części źródłami żelazistemi, jednak pomimo skuteczności swéj zaledwie używane bywają przez mieszkańców sąsiednich miejscowości, a to z powodu złego urządzenia i nieodpowiedniéj komunikacyi z Konstantynopolem.

Ponieważ jest zamiarem Rządu tureckiego udzielić wzmiankowaną koncesyję poddanemu państwa austro-węgierskiego, przeto zaprasza tenże Rząd przedsiębiorców do zwidzenia zakładu kąpielowego w Brusie a względnie do ubiegania się o koncesyję.

* Od dowódzcy Igo korpusu armii c. k. Namiestnictwo otrzymało następujące zawiadomienie, mające na celu zapewnienie dostatecznéj liczby lekarzy dla mających się urządzić stałych zakładów wojskowo-lekarskich na przypadek wojny:

C. k. Namiestnictwo zechce w właściwy sposób wezwać lekarzy zamieszkałych w obrębie Komendy I korpusu (z wyjątkiem lekarzy obowiązanych do służby wojskowéj w myśl § 18 u. obr. kraj. lekarzy wojskowych w rezerwie zostających w stanie spoczynku i uwolnionych czasowo od służby), aby się zgłosili do służby na przypadek wojny przy stałych zakładach sanitarno wojskowych korpusu. Przy tém się nadmienia, że lekarze otrzymają wynagrodzenie, za jakie się ugodzą, a gdyby w służbie wojskowéj utracili życie, otrzymają ich wdowy i dzieci dar z łaski, a za odznaczenie się w służbie odpowiednie uznanie.

Załącza się wzór do zgłaszania się lekarzy. Ugodzić się można co do wynagrodzenia, jakoteż oznaczenia miejsca służby wprost ze szefem sanitarnym rzeczonego korpusu. Kraków 30 listopada 1883. (Podp.) książę Windisch Graetz.

Wzór

dla zgłoszenia się do służby lekarskiéj na przypadek wojny w obrębie komendy 1 korpusu przy zakładach wojskowych sanitarnych.

Stopień akademicki:
Imie i Nazwisko:
Posada:
Mieszkanie:

Życzy sobie pełnić służbę	jako lekarz cywilny „ „ wojskowy tylko w miejscu zamieszkania także w innych miejscowościach

Inne uwagi:

* Otrzymaliśmy *Rocznik Medycyny Krajowéj* na rok 1884. Czytelnikom naszym wyjaśnić przedewszystkiém musimy, że to jest z kolei tom 6ty *Rocznika Medycyny Polskiéj*, w którym nic się nie zmieniło prócz wyrazu jednego w tytule. Składa on się, tak jak poprzednio, z dwóch części, a mianowicie z przeglądu piśmiennictwa lekarskiego polskiego od 1go lipca 1882 do tegoż dnia 1883 i z kalendarza. W części pierwszéj mamy obecnie 13 działów, a sprawozdawcami poszczególnych działów są koll.: Dunin (działu 1—3), Mączewski i Dobrzycki (działu 4), Matlakowski (5go), Rogowicz (6go), Kamocki (7go), Klink (8go), Fritsche i Markiewicz (9go do 12go). Sprawozdań jest 230 (w roku przeszłym 188), a prace te ogłoszone zostały przez 115 autorów (w roku przeszłym 123), z czego wynika, że w roku bieżącym zmniejszyła się absolutnie liczba piszących, a zwiększyła się znacznie praca poszczególnych. Ze sprawozdań przypada na rozprawy umieszczone w *Gazecie Lekarskiéj* 95, w *Przeglądzie Lekarskim* 72, w *Medycynie* 46, w *Pamiętniku Tow. lek. warsz.* 12, w pismach *Akademii Umiejętności* 2; osobno wydanych było 3. — Część druga czyli Rocznik lekarski na rok 1884 jest kalendarzem lekarskim, ładnie oprawnym i przeznaczeniu swemu w zupełności odpowiadającym. Zawiera on tym razem rzecz o wskazaniach do operacyj położniczych i o terapii chorób skóry i tkanki łącznéj podskórnéj, obok licznych wiadomości pomniejszych a dla lekarzy zawsze przydatnych, wreszcie spis wykładających w Wydziale lekarskim Uniw. warsz., oraz spis wszystkich lekarzy praktykujących w Warszawie i w całym kraju. W poczcie osób wykładających w Warszawie spostrzegliśmy tylko jednę zmianę, to jest zastąpienie zmarłego prof. Andrejewa docentami Łapczyńskim i Pasternackim; lekarzy praktykujących w stolicy jest obecnie 293 (7 więcéj niż w roku przeszłym). Wracając do części 1éj przyznać musimy, że sprawozdania sumiennie podane zostały i że wydawca dobrze się zasługuje lekarzom polskim, dla których znajomość literatury jest pożądaną, albowiem zbierający roczniki w mowie będące posiada tém samém dokładny spis i przegląd prac w ostatnich latach ogłoszonych; z roczników tych korzystać może i komisyja sprawozdawcza Tow. lek. krak.; szkoda tylko, że wydawnictwo roczników nie stosuje się do roku astronomicznego, co dałoby się uskutecznić, gdyby część 1a wydawnictwa wychodziła o parę tygodni po nowym roku, podczas gdy część 2ga mogłaby na tyleż tygodni przed nowym rokiem się pojawiać, w którym to razie zapewne rocznik więcéj miałby abonentów. Bądź jak bądź rocznik jak najlepiéj polecić możemy, jako podręcznik dla każdego lekarza użyteczny.

* Časop. lék. česk. (Nr. 50) wyraża się z wielką pochwałą o promocyi Dra Pawińskiego w Warszawie, a w szczególności o rozprawie jego p. t. „o arytmii serca“. Przy téj sposobności podaje, że prof. Lambl jako oponent podniósł zasługi „dawno zapomnianego“ uczonego i badacza, lekarza poznańskiego Strusia, pierwszego specyjalisty w sfygmologii, dodając, że jak Anglicy swemu Harveyowi, a Belgijczycy swemu Vesalowi oddali cześć przez postawienie pomników w Folkstonie i Brukseli, tak Polacy powinni swego wielkiego rodaka uczcić przynajmniéj pomnikiem literackim. Rzecz dziwna, że prof Lambl nie wie, iż życzeniu jego już przed 40 laty stało się zadosyć i że w r. 1843 wyszła w Krakowie rozprawa prof. Oettingera p. t. „*Vita Josephi Struthii, medici Posnaniensis, ejus operum brevis conspectus*“.

* D. 16 bm. optyk wiedeński Reichert, znany fabrykant przyrządów, które w ostatnich latach ubiegają się o lepsze z pierwszorzędnemi fabrykatami berlińskiemi i paryskiemi, demonstrował w zakładzie fizyjologicznym prof. Piotrowskiego liczne przyrządy swego wyrobu, jak mikroskopy rewolwerowe, objektywy dla imercyi olejnéj, mikrotomy, polaryzatory, sascharometry, spektroskop kieszonkowy itd. Wszystkie te przyrządy przedstawiały znaczne ulepszenia, dokonane przez Reicherta i zyskały uznanie licznie zebranych kolegów.

* **Praga czeska**. Na posiedzeniu Tow. lekarzów czeskich, odbytém d. 10 b. m. w klinice chorób ocznych prof. Schöbl przedstawił oftalmofantom swego pomysłu, przeznaczony dla uczniów celem ćwiczenia się w badaniu wziernikowém i oznaczaniu refrakcyi oka; następnie tenże mówił o badaniu refrakcyi za pomocą wziernika i przedstawił ciekawsze przypadki ze swéj kliniki.

* **Wiedeń**. Na posiedzeniu Izby poselskiéj Rady państwa z d. 7 bm. poseł Steudel i towarzysze uczynili wniosek, aby Rząd przedłożył projekt ustawy względem dopuszczenia palenia zwłok.

* **Paryż**. Akademija lekarska wybrała członkiem zwyczajnym dermatologa Vidala, a nadzwyczajnym antropologa Quatrefages.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin.** Dr. Jan Virchow (syn Rudolfa), dotychczasowy asystent Köllikera w Würzburgu, przenosi się do Berlina jako asystent Waldeyera. Drugim asystentem mianowany został lekarz japończyk. — Niezadługo przypadnie 25ta rocznica objęcia przez prof. Frerichsa katedry w Berlinie. Jubileusz ten zamierzają obchodzić uroczyście.— **Gryfija**. Liczba uczniów medycyny w półroczu bieżącém wynosi 379. — **Wiedeń**. Komisyja Wydziału lek. wyznaczona celem rozpatrzenia się w sprawie powołania drugiego profesora anatomii opisowéj zgodziła się na dwóch kandydatów krajowych proff. Toldta w Pradze i Zuckerkandla w Gracu; większość atoli oświadczyła się za postawieniem Toldta na pierwszém a Zuckerkandla na drugiém miejscu, podczas gdy mniejszość była za postawieniem obydwóch *ex aequo*. Wydział większością 15 przeciw 6 głosom zgodził się na wniosek większości komisyi, w skutek czego reprezentant mniejszości prof. Albert wniósł *votum separatum*.

* **Odznaczenia**. Prof. Karol Braun we Wiedniu otrzymał krzyż komandorski belgijskiego orderu Leopolda a Dr. Włodzimierz Załoziecki w Czerniowcach rosyjski order św. Anny 3éj klasy. — Prof. Späth i Stellwag-Carion w Wiedniu otrzymali tytuł radzców dworu.

* **Mianowania**. Starszy lekarz sztabowy 1éj kl. Dr. Wacław Hoor mianowany został szefem korpusu oficerskiego lekarzy wojskowych a prof. Dr. Podrazky przełożonym XIV departamentu w ministerstwie wojny w Wiedniu.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 50: Ołtuszewskiego: Dwa przypadki porażeń mięśni oddechowych krtani; Rosenthala: Przypadek porażenia korowego wraz z gluchotą wyrazową: Matlakowskiego: Wydobycie szpilki podwójnéj z pęcherza przez rozszerzoną cewkę moczową; — W *Medycynie* Nr. 50: Dobrzyckiego: O przenośnikach zarazy gruźliczéj (c. d.).

Zgromadzenie ogólne VIII Członków i Prenumeratorów Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich odbędzie się w sobotę dnia 5 stycznia 1884 o godz. 5 popoł. w Sali posiedzeń Akademii Umiejętności.

Porządek dzienny: 1) Udzielenie Wydziałowi absolutoryjum z rachunków za r. 1882. 2) Wybór komisyi do sprawdzenia rachunków z r. 1883. 3) Sprawozdanie sekretarza o stanie Wydawnictwa. 4) Sprawozdanie podskarbiego o stanie funduszów. 5) Wybór Wydziału, t. j. prezesa, wiceprezesa i 5 Członków Wydziału na przeciąg lat dwóch. 6) Wnioski Członków.

Kraków dnia 17 grudnia 1883. *Prof. Dr. Korczyński.*

Sprostowanie. W Nrze 50, na str. 630, szpalcie 1éj w. 7 od dołu zam. Baccelego ma być Buccelę.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

do l. 1087
pp.

Odezwa!

Aby już podczas pokoju zabezpieczyć na wypadek wojny dla chorych i rannych żołnierzy potrzebną pomoc lekarską, udajemy się z prośbą do Panów Lekarzy, aby jak najliczniej ofiarować nam zechcieli cenną swą pomoc, której w danym razie zapotrzebujemy częścią dla szpitala naszego, częścią dla szpitali rezerwowych, dla transportów rannych lub na polu bitwy (w szpitalach polnych).

Odnośne deklaracyje własnoręcznie podpisane wnieść prosimy do naszego Stowarzyszenia na ręce Dra Alfr. Biesiadeckiego i określić takowe następująco:

1) Imię i nazwisko, godność, miejsce zamieszkania.

2) Miejsce, w którém pomoc będzie ofiarowaną a w danym razie, czy przy szpitalu Stowarzyszenia we Lwowie, czy przy transporcie rannych lub na polu bitwy.

3) Czas, tj. czy na rok lub więcéj, lub na czas wojny.

4) Pod jakiemi warunkami, czy za wynagrodzeniem i jak wysokiém.

5) Dowód ukończonéj służby wojskowéj.

Odnośne deklaracyje upraszamy nam nadesłać przed upływem roku 1883.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	4 „	6 „

Kraków, 29 grudnia 1883. № 52. Rok XXII.

Przegląd Lekarski, organ Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego, rozpoczyna w dniu 1 Stycznia 1884 **rok dwudziesty trzeci** swego istnienia i wychodzić będzie w tym samym co teraz formacie w objętości $1\frac{1}{2}$ arkusza na tydzień, jak **najregularniéj**.

Wszystkie prace umieszczane w Przeglądzie Lekarskim, tak oryginalne jakoteż nieoryginalne, są płatnemi.

Prenumerata Przeglądu Lekarskiego z przesyłką pocztową bezpośrednią wynosi:

	w Austryi	w Królestwie Polskiém i Cesarstwie rosyjskiém	w Cesarstwie niemieckiém
rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 marek
półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „
kwartalnie	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	4 „

we Francyi i Belgii
rocznie 24 franki, półrocznie 12 franków, kwartalnie 6 fran.

W innych krajach według przepisów pocztowych.

Prenumeratę przyjmują: w Krakowie Administracyja, nadto w Warszawie pp. Gebethner i Wolff, w Paryżu p. Adam, Rue Clément 4. — Ogłoszenia przyjmują: Administracyja, oraz w Paryżu p. Adam, Rue Clement 4 i p. Dobrowolski Faub. St. Martin 57.

Zwracamy zarazem przy téj sposobności uwagę szanownych Członków korespondentów Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, iż według obowiązującego statutu winni Przegląd Lekarski abonować bezpośrednio w Administracyi.

I. Z Zakładu sądowolekarskiego prof. Blumenstoka w Krakowie.

Kazuistyka sądowo- i policyjnolekarska

VII.

Śmierć z otrucia arszenikiem.

Podał Dr. Ignacy Schaitter,
Demonstrator przy tymże Zakładzie i lekarz sądowy.

Rozalija W. w zamiarze otrucia się zażyła zrana dnia 22 października proszek, który służyć miał do trucia szczurów. Wkrótce potém skarżyła się na bóle w żołądku i nudności, do wymiotów jednak nie przyszło. Służbodawca zaniepokojony temi objawami wezwał lekarza, któremu chora wyznała, że przez pomyłkę spożyła truciznę na szczury, zmięszaną z mięsem. Wieczorem dnia tego przewiezioną do szpitala badał lekarz dyżurny i znalazł stan następujący: przytomność utrzymaną tak, że na pytania zupełnie dobrze odpowiada i przyznaje się do samootrucia. Skarży się na bóle w okolicy żołądka i zdradza je głośnym jękiem. Wymioty, które wystąpiły już pod wieczór dnia tegoż, pojawiają się od czasu do czasu, wymiociny nie zawierały części stałych, lecz są obficie żółcią zabarwione. W sali chorych znaleziono tętno nikłe, oczy zapadłe, bóle występowały z nasileniem coraz znaczniejszém w całym brzuchu rozpromieniając się ku lędźwiom, a w końcu pojawiło się kilka wypróżnień stolca wodnistych, połączonych ze znaczném parciem. Na téj podstawie rozpoznano ostre zapalenie żołądka i jelit z powodu zażycia trucizny, co do rodzaju któréj nie miano zrazu dostatecznych podstaw rozpoznawczych. Pomimo rozwinięcia całego przyrządu leczniczego, wskazanego w takich przypadkach, wzmagały się objawy opisane a śmierć nastała już następnéj nocy wśród zupełnie utrzymanéj świadomości, w 16 godzin mniéj więcéj po zażyciu środka. Pierwsze wymioty, które zawierać musiały największą ilość trucizny, nie mogły być niestety zbadanemi, gdyż chora jeszcze w domu wymiotowała. Wymiociny uzyskane w sali szpitalnéj nie zawierały prawie części stałych, lecz stanowiły ciecz gęstawą mętną, żółcią obficie zabarwioną. Małą tedy mogła być nadzieja otrzymania trucizny *in natura*, zwłaszcza że w szpitalu podawano środki wymiotne a w końcu magnezyję paloną.

Sekcyja, wykonana w zakładzie sądowolekarskim dnia 24 października, wykazała co następuje:

A) Oględziny zewnętrzne. 1) Zwłoki kobiety, lat 26 liczyć mającéj, dobrze zbudowanej i odżywionéj, dłu-

gość ciała 155 cm. Stężenie trupie utrzymuje się w odnogach górnych i dolnych; plamy trupie zajmują grzbiet ciała, są one barwy fijoletowéj i przez nacięcie zostały jako takie stwierdzone. Innego zabarwienia nie widać nigdzie na skórze. 3) Spojówka gałkowa lewa nieco podbiegła, rogówki przeźroczyste, źrenice nie nad miarę rozszerzone. Z otworów nosowych wylewa się płyn żółtawy, na wargach i brodzie nie ma żadnych śladów obrażenia. 4) Sutki obwisłe, brodawki dobrze ukształcone, otoczone pierścieniem brunatnym na 2 palce szerokim. Brzuch miernie wzdęty, w podpępczu i pachwinach blizn nie widać. 5) Części płciowe zewnętrzne i wewnętrzne oraz uda są krwią zeschłą zbroczone. 6) Błona dziewicza zniszczona.

B) Oględziny wewnętrzne. 7) Na szczycie czaszki pod skórą nie widać nigdzie podbiegnięć, sklepienie czaszki grube, dosyć umiarowe. 8) Opona twarda prawidłowo napięta, po oddzieleniu jéj od podstawy, okazuje się ostatnia nie uszkodzoną. 9) Na oponach miękkich również nie widać zmian, mózgowie zbite, na przekroju prawidłowe, w komórkach bocznych nieco więcéj surowicy, również w komórkach 3ciéj i 4téj. W zwojach większych i na podstawie mózgu nie ma żadnych zmian. Mózg nie wydaje żadnéj woni osobliwéj. 10) Płuca oba wolne, opłucna blada, gładka, połyskująca, miąższ zalewa się na rozkroju obficie cieczą pienistą, którą również główne pnie oskrzelowe obficie są wypełnione. 11) Przełyk i gardziel zawierają treść łpynną, żółto zabarwioną, ich błony śluzowe są blade. 12) Serce rozmiarów prawidłowych, mięsień sercowy jędrny, komórki zawierają nieco skrzepów wiotkich, zastawki i główne pnie tętnicze bez zmian. 13) Wątroba rozmiarów prawidłowych, torebka blada, gładka, cienka, prawidłowo napięta, miąższ miernie w krew obfity. 14) Żołądek podwiązano tak w okolicy wpustu jakoteż odźwiernika i wyjęto w całości. Zawiera on nieco cieczy, lecz obok niéj znajduje się spora ilość gazów wydymających cały narząd. Otrzewna pokrywająca żołądek jest wszędzie blada, gładka i połyskująca, wybroczyn pod nią nigdzie nie widać. Po rozcięciu żołądka po nad czystém naczyniem szklaném wylewa się około $1/8$ litra cieczy żółtéj, mętnéj, bez woni osobliwéj, nie zawierającéj wcale cząstek pokarmów stałych. Po dokładném opłukaniu przedstawia się błona śluzowa wszędzie miernie rozpulchniona, w dnie i na tylnéj ścianie żołądka widać dosyć liczne drobne wybroczyny obok znaczniejszego nastrzykania nawet drobnych gałązek naczyń krwionośnych. Najznaczniejsze zmiany widać na 2 lub 3 cm. od odźwiernika. Błona śluzowa jest w tém miejscu na znaczniejszéj przestrzeni pokryta złogami wypociny zbitéj włóknikowéj, przylegającéj dosyć silnie; wśród téj wypociny niejednostajnéj, nie nagromadzonéj i dochodzącéj grubością miejscami do 2 milim., spostrzega się po rozgnieceniu téjże pomiędzy palcami drobne twarde białe ziarenka. Po zdjęciu téj skrzepłéj wypociny przedstawia się w tych miejscach błona śluzowa znaczniéj rozpulchniona, jednostajnie krwią podbiegnięta i pokryta drobnemi owrzodzeniami wielkości prosa o ostrych brzegach, wśród których znaleść można na dnie każdego prawie owrzodzenia takie samo białe ziarenko, jakie się znajdują w skrzepach wypociny pokrywającéj całą tę część żołądka. Owrzodzenia te drobne znajdują się tylko w tém miejscu, jest ich zaledwie kilka a prawie wszystkie przenikają całą grubość rozpulchnionéj i krwią nasiąkłéj błony śluzowéj. W żółtéj mętnéj treści żołądka pomimo dokładnego szukania nie można znaleść takich białych ziarnek. 15) Błona śluzowa dwunastnicy jest również rozpulchniona i jednostajnie nastrzykana, gdzieniegdzie widać wśród niéj drobne wybroczyny. 16) Śledziona mała wiotka, torebka jéj cienka, miąższ zmian nie przedstawia. 17) Nerki rozmiarów prawidłowych, torebk łatwo schodzą z miąższu miernie w krew obfitującego; istota korowa przedstawia rysunek i odgraniczenie wyraźne. 18) W jelicie cienkiém i biodrowém kał prawie płynny, obficie żółcią zabarwiony. Błona śluzowa miernie nastrzykana. 19) Części płciowe wewnętrzne nie przedstawiają zboczeń, błona śluzowa macicy i pochwy powleczona warstewką śluzu krwawego, w jajniku lewym świeże ciałko żółte. 20) Pęcherz moczowy próżny, jego błona śluzowa blada. 21) Po wyjęciu trzew okazują się żebra, kręgosłup i kości miednicy nieuszkodzone.

Zanim wydano orzeczenie postarano się o rozstrzygnięcie kwestyi co do przyrody ziarnek znalezionych w żołądku. Wszystko przemawiało za tém, że one są zwykłym białym arszenikiem, chcąc jednak uzyskać wszelką pewność w téj mierze, przedsięwzięto następujące próby: Ziarnko starannie opłukane i wysuszone rzucono na rozżarzony węgiel, a w téj chwili wzniósł się z węgla dym biały, wonią nader wybitnie czosnek przypominający. Próbę tę ponowiono w obec kilku świadków, z których każdy o woni téj charakterystycznéj łatwo mógł się przekonać. Inne ziarnko umieszczono w rurce szklanéj na jednym końcu zatopionéj i w bańkę wydętéj, umieszczając równocześnie w szyjce téj kolbki świeżo wypalony węgiel drzewny. Ogrzewając teraz miejsce gdzie się węgiel znajdował, późniéj zaś samą kolbkę, spostrzeżono tworzenie się w miejscu nie ogrzaném nalotu pierścieniowatego, o połysku metalicznym, charakteryzującym metaliczne źwierciadło arsenu. Próby te udowodniły niezbicie obecność środka, którego się domyślano, tak że w orzeczeniu uznano otrucie arszenikiem białym jako przyczynę śmierci, nadmieniając nadto, że nic nie przemawia w tym przypadku przeciw przypuszczeniu samootrucia się.

Do ogłoszenia niniejszego przypadku nie skłoniła nas wcale okoliczność, jakoby w nim jakiś nowy dotąd nieznany szczegół napotkano, lecz przeciwnie okoliczność, że przypadek niniejszy tak ze względu na obraz kliniczny, jakoteż wynik badania pośmiertnego i chemicznego uważać należy za typowy i niejako książkowy przykład przebiegu choroby i zmian pośmiertnych w ostrém otruciu arszenikiem.

Odkąd wszedł fosfor w użycie, odkąd poznano jego własności trujące, o których wie już każde dziecko a nikt nie napotyka najmniejszych trudności w przygotowaniu sobie téj trucizny z główek zwykłych zapałek, ustąpił mu arszenik pierwszego miejsca pomiędzy środkami ulubionemi przez samo- a po części i skrytobójców. Być może, że w części przyczyniły się do tego ustawy i przepisy, wzbraniające sprzedawania tego środka. Że jednak pomimo istnienia odpowiednich ustaw i przepisów arszenik i jego przetwory są dostępne bardzo szerokiemu kołu naszego społeczeństwa, tak że kto chce niemal, może je posiadać, dowodzi przypadek niniejszy, dowodzą również liczne dosyć przypadki, zdarzające się na prowincyi. W szeregu przypadków otruć, z któremi spotkaliśmy się w prosektoryjum sądowolekarskiém tutejszém w przeciągu dwóch lat ubiegłych, jest to pierwszy przypadek otrucia arszenikiem, nie wahamy się jednak podać jego opis, aby przypomnieć na tle tak wybitnego przypadku niektóre okoliczności ważniejsze a zasługujące na uwzględnienie, zwłaszcza, że lekarz sądowy dosyć często

spotyka się z otruciem, tam, gdzie się tego zrazu najmniéj mógł spodziewać i na odwrót nie znajduje zmian odpowiadających otruciu, pomimo pozornie usprawiedliwionego podejrzenia skrytobójstwa.

Z postaci stanowiących kliniczny obraz ostrego otrucia przetworami arsenu, postać, w której przeważają objawy ze strony przewodu pokarmowego bez porównania jest częstszą, i do niéj téż zaliczyć należy przypadek powyższy, jak to z opisu wynika. Bezsprzecznie istnieje podobieństwo téj postaci do cholery azyjatyckiéj, lecz już z kolejności występowania objawów klinicznych, a mianowicie wcześniejszego pojawienia się wymiotów aniżeli biegunki, można domyślać się otrucia, a obraz sekcyjny, jakkolwiek bardzo zbliżony, może nawet w czasie panującéj epidemii usunąć wątpliwość zwłaszcza w obec zmian miejscowych w żołądku.

Pomimo uporczywych wymiotów, pomimo podawania odtrutek, nie należy tracić nadziei, że się truciznę znajdzie w żołądku *in natura* a przypadek niniejszy dowodzi téj okoliczności. Ziarna arszeniku pogrążone były w wypocinie włóknikowéj, powlekającéj błonę śluzową i silnie przylegającéj, lub téż pokryte grubą jéj warstwą znachodziły się w saméj błonie śluzowéj, w której wywołały gwałtowne zapalenie. Nic zapewne nie stoi na przeszkodzie przypuszczeniu, że zapalenie błony śluzowéj żołądka po otruciu arszenikiem stanowi analogię zapalenia dławcowego, powstającego na innych błonach śluzowych w skutek zadziałania już to przyrzutu uorganizowanego, już téż to innych szkodliwości przyrody chemicznéj lub termicznéj. Warunki, w jakich ziarna arszeniku znaleziono w tym przypadku, mogą wytłumaczyć snadnie nieskuteczność podawanych odtrutek; jakże bowiem może odtrutka rozcieńczona wodą przeniknąć zbitą masę włóknikową, aby uczynić nieszkodliwym, środek pod tą osłoną zawarty? Pomimo wymiotów albo nawet pompowania treści żołądka leżą sobie okruszyny środka na dnie owrzodzeń błony śluzowéj, pokryte dokładnie włóknikową wypociną, a pomimo użycia całego szeregu środków i najenergiczniejszéj nieraz pomocy lekarskiéj ulegają spokojnie dalszemu rozpuszczeniu i powolnemu ale ciągłemu wessaniu, sprowadzając tym sposobem nieuniknione wynik śmiertelny.

Przypadek niniejszy zasługuje także na wzmiankę z powodu, że znaleziono tak znaczne zmiany anatomiczne w żołądku, a nadto zmiany te umiejscowione były głównie w pobliżu odźwiernika. Tak wytworzenie się tych zmian jako i umiejscowienie tłumaczy nam dostatecznie zażycie arszeniku nierozpuszczonego a nadto osłoniętego kawałkiem mięsa.

II. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

Przyczynek do nauki o samoistném znużeniu serca.
(Znaczny przerost serca, rozległa zakrzepica żylna).

Skreślił Dr. Alfred Wolfram.

(Dokończenie. Patrz Nr. 51).

Przy powierzchni bocznéj w pobliżu brzegu górnego dolnego płatu płuca lewego po oderwaniu zrostów została się jamka wielkości orzecha włoskiego, o dnie lejkowato zwężonem, wypełniona resztkami masy nekrotycznéj o ścianach nierównych, z tkanki bliznowatéj złożonych. Druga podobna jamka w bok i ku górze od pierwszéj w tylnym dolnym brzegu górnego płatu. Wyraźne ognisko bliznowate i kilka mniejszych także na dolnéj powierzchni dolnego płatu. Cały płat dolny w miernym stopniu uciśnięty powiększoném sercem i nagromadzoną wypociną w worku opłucnowym, zawiera mniéj powietrza, anizeli płat górny. Zresztą oba płaty i ich oskrzele zachowują się tak, jak w płucu prawém.

W nerce lewéj znajdują się przy powierzchni w zagłębieniach dwa znaczniejsze ogniska nekrotyczne, biało żółtawe, suche, zbite, wielkości bobu, otoczone tkanką bliznowatą. W nerce prawéj jedno takie ognisko. Na przekroju istota korowa szaro-czerwona, o budowie pasmowéj utrzymanéj, okazuje prawidłową szerokość w stosunku do sinawoczerwonych piramid. Spójność miąższu nerkowego w istocie korowéj nieco mniejsza. Badanie drobnowidowe wykazało nieco znaczniejszy rozrost tkanki łącznéj i to tylko wzdłuż grubszych gałązek tętniczych.

Opona twarda mózgu blada, gładka. Zatoki żylne obok krwi ciemnéj zawierają obfite skrzepy ciemno-czerwone, świeże. Opony miękkie cienkie, przeźroczyste, naczynia żylne opon miernie krwią przepełnione, w przestworach podpajęczych nieco więcéj cieczy surowiczéj, czystéj. Mózg lekko przekrwiony, zresztą prawidłowy.

Obie odnogi dolne w całości w bardzo znacznym stopniu opuchłe, mianowicie lewa. Obrzmiałą jest również odnoga górna lewa, jakotéż wargi sromne. Żyły podskórne nie zawierają skrzepów, ale krew ciemną, płynną. Zakrzepy żył w odnogach dolnych rozpoczynają się od rozdziału żyły głównéj dolnéj i rozciągają się po obu stronach w żyłach biodrowych i podbrzusznych i ich drobniejszych rozgałęzieniach. Zakrzepy strony prawéj są świeże i nie przylegają silnie do ścian naczynia; po stronie lewéj są one starsze, rdzawo brunatne, przylegają ściśle do ścian naczyniowych, a wewnątrz są rozmiękłe w miazgę szaro-czerwoną, mianowicie w pniach górnych. Takie same zakrzepy wypełniają żyłę podobojczykową, szyjną wewnętrzną, pachową i karkową po stronie lewéj.

Rozpoznanie anatomiczne brzmiało w całości: *Hypertrophia excentrica totius cordis, praecipue ventriculi sinistri, cum degeneratione adiposa musculi cordis. Endocarditis verrucosa recens marginum valvulae bicuspidalis. Vegetationes globulosae Laënneci ventriculorum, praecipue ventriculi dextri. Processus atheromatosus aortae et arteriarum incipiens. Infarctus embolicus haemorrhagicus recentior partis anterioris lobi superioris dextri, et residua partim fibrosa, partim necrotica post infarctus multiplices pulmonum. Bronchitis chronica diffusa et peribronchitis fibrosa et caseosa circumscripta apicis pulmonis dextri. Hyperaemia et oedema acutum pulmonum. Pleuritis sero-fibrino-haemorrhagica incipiens sinistra. Infarctus embolici vetustiores renum et lienis, tumorem chronicum praestantis. Nephritis interstitialis chronica disseminata senilis et hyperaemia passiva renum. Hyperaemia passiva et degeneratio adiposa hepatis. Catarrhus ventriculi et intestinorum chronicus levioris gradus. Thrombosis venarum iliacae, hypogastricae et ejus ramorum, cruralis et ejus ramorum partis utriusque, nec non venae subclaviae, axillaris, brachialis, jugularis internae sinistrae..*

Jak zatém z protokołu sekcyjnego wypada, rozpoznanie zrobione za życia sekcyja stwierdziła najzupełniéj. Zastawki we wszystkich ujściach domykały zupełnie, były podatne i gładkie. Minimalne zgrubienia zapalne na wolnych brzegach zastawki dwukończystéj były niewątpliwie sprawą świeżą, i w żaden sposób za przyczynę przerostu i rozszerzenia serca uważane być nie mogą. Uprawniają one do przypuszczenia, że do już istniejącéj niedomogi serca dołączyło się pod koniec choroby zapalenie wsierdzia. Nie mogąc dla

zapalenia tego żadnéj wynaleźć przyczyny, można myśleć o têm, czy te zmiany na zastawce dwukończystéj pośrednio przez przerost serca nie zostały wywołane? Silniejsza jego akcyja, a co za têm idzie, znaczniejsze naprężenie i wydymanie zastawek, mogły stanowić bezpośredni pierwszy bodziec do ich rozwoju. Da Costa (Seitz: *Ueberanstr. d. Herzens*, str. 153) i inni są tego zdania, że i skutkiem czynników mechanicznych, a więc skutkiem znaczniejszego naciągania i napinania zastawek, jakie ma mieć miejsce w sercu chwilowo przedrażnionêm lub w sercu przerosłêm, sprawa zapalna na zastawkach rozwinąć się może. Zresztą podobne wybujałości, niemogące mieć znaczenia ostréj sprawy zapalnéj, bardzo często spotykamy i w przypadkach Seitza.

Tak makroskopowe jak i drobnowidowe badanie nie odkryło i w mięśniu sercowym żadnych ognisk zapalnych. Nieznaczne stłuszczenie włókien mięsnych, tu i owdzie ziarnisty ich rozpad, zresztą wynik badania ujemny, — oto obraz, jaki przedstawił mięsień sercowy w naszym przypadku, zupełnie podobny do obrazu, jaki opisuje Seitz i inni autorowie w takich razach.

Silniejszy tu i owdzie rozrost tkanki łącznéj w nerkach nie może również tłumaczyć tak znacznego przerostu i zwyrodnienia mięśnia sercowego, ale raczéj jako następstwa dłużéj utrzymującego się zastoju żylnego w nerkach uważanym być winien.

Tak samo pojmować należy poczynającą się miażdżycę tętnicy głównéj jako następstwo zwiększonéj akcyi serca i zwiększonego parcia krwi ościennego, bezwarunkowo zaś nie jako przyczynę przerostu serca.

Zrosty opłucnowe po największéj części były świeże i nie zbyt rozległe, tak że przypadku naszego pod tym względem i z przypadkami Bäumlera na równi postawić nie można.

Bardzo liczne zawały krwawe, które napotkaliśmy w płucach, śledzionie i nerkach, a które za życia na podstawie objawów klinicznych w płucach na pewno rozpoznać się dały, w przypadkach samoistnego znużenia serca, które opisuje Seitz, przytrafiały się dosyć często; tak rozległéj zakrzepicy jednak, któraby im równocześnie towarzyszyła, nie udało nam się nigdzie spotkać w literaturze, i ten szczegół właśnie czyni z naszego przypadku prawdziwy unikat. Dowodzi on wymownie, że tak zawały krwawe jak i zakrzepica żylna w pierwotnéj niedomodze mięśnia sercowego skutkiem jego przedrażnienia wytworzyć się mogą. Źródłem dla zawałów krwawych z jednéj strony w płucach, z drugiéj w nerkach i śledzionie niewątpliwie były skrzepy znalezione w sercu, a które tamże przy osłabieniu jego czynności się wytworzyły. Jako pierwotne zakrzepy, które się wytworzyły w żyłach skutkiem zwolnionego krążenia, zdaniem naszém, uważać należy zakrzepy w żyle udowéj lewéj i barkowéj lewéj; ztąd posuwały się one zwolna w kierunku odśrodkowym i dośrodkowym, z odnogi dolnéj lewéj przeniosły się na dolną prawą, z żyły barkowéj na podobojczykową, szyjną, a w końcu na zatoki żylne w mózgu.

Z kolei wypada nam się zastanowić nad niektóremi szczegółami klinicznemi. Szmer skurczowy, który przez pewien przeciąg czasu nad uderzeniem końcowém słyszeć można było, był albo mięśniowym, a to skutkiem niedostatecznego skurczu przedrażnionych włókien sercowych, albo téż powstał skutkiem niejednostajnego drgania i napinania obu wentyli zastawki dwukończystéj. Na każdy sposób nie można go tłumaczyć względną niedomykalnością téjże zastawki, albowiem obwód lewego ujścia żylnego nie okazał się wcale powiększonym, a co ważniejsza, że przedsionek lewy ze wszystkich części serca był najmniéj rozszerzony.

Rytm cwałowy (*Galloprhytmus*) tłumaczy Potain i Johnston (Eichhorst: *Lehrb. d. physik. Untersuchungsmeth.*, str. 59, Cz. II) wygórowanym skurczem rozszerzonego i przerosłego przedsionka lewego, Leyden zaś (*Zeitschrift f. klin. Med.* t. V, 1882, str. 22) uważa go jako oznakę znaczniejszego rozszerzenia lewéj komórki. W każdym razie objaw ten nie może mieć tego znaczenia rozpoznawczego, jakie mu chciał nadać Potain, uważając go za charakterystyczny dla przerostu lewéj komórki w ziarnistym zaniku nerek. Już Johnston spostrzegł go w rozedmie płuc w okresie niedostatecznéj kompensacyi serca prawego, następnie w miażdżycy tętnic i w niektórych przypadkach niedomykalności zastawki dwukończystéj; w nowszych czasach stwierdził go także Leyden w samoistném stłuszczeniu serca, w klinice zaś lekarskiéj krakowskiéj spostrzegano go bardzo często w rozmaitych chorobach serca, przypisując mu tylko znaczenie znużenia mięśnia sercowego. Nasz przypadek dowodzi wymownie, że i w samodzielném znużeniu serca pojawić się może.

Napady duszności, które towarzyszyły bólom w okolicy serca, należy tłumaczyć w ten sposób, w jaki się tłumaczy dusznicę sercową, mianowicie niedostatecznym skurczem zwyrodniałéj lewéj komórki, i co za têm idzie, chwilowo zwiększającym się zastojem żylnym w obszarze krążenia płucnego, podobnie drobne, częste, niekiedy arytmiczne tętno.

Krótki oddech, czasem wśród napadów występująca sinica, bicie serca, ogólna opuchlina i zatory w płucach miały przyczynę swą w niedostateczném kurczeniu się komórki prawéj.

Wreszcie podnieść wypada, że mimo zakrzepicy w żyle podobojczykowéj lewéj i skutkiem niéj zniesionego dopływu mleczu z głównego przewodu piersiowego tak za życia, jak i po śmierci następstw zastoju limfy lub mleczu stwierdzić się nie udało. Jakkolwiek Worms i Oppolzer (Duchek: *Krankh. d. Herzens*, str. 319) utrzymują, że w takich razach przychodzi i do zakrzepicy w przewodzie piersiowym, dotychczas przynajmniéj odnośnych zboczeń, jakie skutkiem tego powstaćby musiały, nikomu stwierdzić się nie udało, a i nasz przypadek wcale za têm przemawiać się nie zdaje. Dowodzi on raczéj, że w takich razach limfa obocznemi drogami do układu żylnego dostać się może.

A teraz jeszcze słów kilka co do samego rozpoznania. Że zwykłe samoistne znużenie mięśnia sercowego za życia nader trudno rozpoznać, temu zdaje się nikt przeczyć nie zechce. Jak z wyżéj przytoczonego wywodu przekonać się mogliśmy, nie mamy ani jednego przypadu ściśle cechującego tę chorobę. Objawy kliniczne są często tak niejasne, zmienne i niepewne, że rozpoznanie przez długi czas chwiać się musi między najrozmaitszemi chorobami serca. Jeżeli szczęśliwym zbiegiem okoliczności w pewnych razach można jeszcze wykluczyć zapalenie osierdzia, wsierdzia lub zwyczajną wadę zastawkową, ściślejsze rozróżnienie zwyczajnego samoistnego zwyrodnienia serca od jego stłuszczenia lub przewlekłego zapalenia napotyka na ogromne trudności, tak że tylko z pewném prawdopodobieństwem przez wykluczenie domyślać się można istoty choroby.

Czy przypadek przerostu serca, który opisałem, rozwinął się istotnie samodzielnie w ściślém tego słowa znaczeniu, a a więc bez podstawy anatomicznéj, waham się rozstrzygać.

Już poprzednio nadmieniłem, że układ nerwowy, zaopatrujący serce, nie został poddany drobnowidowemu badaniu, a tylko w takim razie możnaby więcéj stanowcze w téj mierze wypowiedzieć zdanie. Ze względu na swą etyjologiję zbliża on się do przypadków Bernheima, w których przerost serca rozwinąć się miał skutkiem częstszych porodów. Jakkolwiek jednak anatomicznie rzecz biorąc przypadek nasz nie rozjaśnia kwestyi samoistnego przerostu serca, ze stanowiska klinicznego niewątpliwie do téj grupy chorób sercowych wliczyć go należy.

III. Oceny i sprawozdania.

Aufrecht: **Przyczynki do leczenia zapalenia nerek ostrego.** W jednéj z dawniejszych prac swoich (*Die diffuse Nephritis und die Entzündung im Allgemeinen*) rozróżnił autor trzy rodzaje zapalenia nerek, podał téż równocześnie ich cechy rozpoznawcze. Rozróżnia on w wymienionéj pracy zapalenie nerek ostre, powstające wśród ciąży i połogu, po płonicy, błonicy, ospie i cholerze, pojawiające się czasem u ludzi zresztą zdrowych w skutek „zaziębienia." Rokowanie w tych przypadkach bywa dobrém a zejście śmiertelne zdarza się rzadko. Jako ważną wskazówkę leczniczą podał wstrzymanie się od stósowania środków moczopędnych i napotnych, gdyż przekonał się na całym szeregu takich przypadków, że unikając tych środków otrzymywał rezultaty nader zadowalające. Jego sposób leczenia polega na podawaniu środka obojętnego, a jeżeli choroba trwa kilka tygodni, zwykł podawać środki żeleziste. Z drugiéj strony zwraca jednak baczną uwagę na zachowanie się chorego, któremu nie pozwala wstawać, aż białko z moczu zupełnie ustąpiło, co trwa czasem 3 do 8 tygodni, oprócz tego zaleca jak najstaranniéj odpowiednie żywienie się, polegające na unikaniu istot białkowych o ile możności. Wody zwyczajnéj, selterskiéj lub cukrowéj dozwala im pić do syta, podaje rosoły i kleiki a dopiero z końcem drugiego tygodnia pozwala pić nieco mleka i przechodzi zwolna do potraw zawierających istoty białkowe. Do takiego sposobu leczenia skłoniło go zapatrywanie, zyskane na podstawie swoich i obcych poszukiwań, że zapalenie nerek ostre rozpoczyna się zawsze od zadrażnienia przybłonka nerkowego, ponieważ zaś przybłonek ma największy udział w wydzielaniu mocznika albo nawet wyłącznie tę funkcyję sprawuje, postanowił A. w sposób powyższy zmienić dyjetę takich chorych. W najnowszych czasach podzielają zdanie autora Lichtheim i Senator. Pierwszy z nich twierdzi, że niebezpieczeństwo zagrażające organizmowi w skutek utraty istot białkowych drogą moczu jest znacznie mniejszém aniżeli wynikające z upośledzenia narządu wydzielającego największą ilość mocznika, że więc nie należy zwiększać ilości istot powstających z rozpadu białka, podając pożywienie obfitujące w istoty białkowe. Senator zgadza się z autorem w głównych zarysach, nadmienia jednak, aby się po tém leczeniu nie spodziewać świetnych rezultatów w przypadkach z przebiegiem przewłocznym.

Autor sam doświadczał od czasu ukazania się pierwszéj swéj pracy sposobu swojego w bardzo licznych przypadkach, a przypadek z zejściem pomyślném, w którém bezmocz trwał 80 godzin u chłopca 8-letniego, ogłasza właśnie szczegółowo, przekonany, że w tym opisie doniosłość jego sposobu leczenia jest nader widoczną. (*Berliner klin. Wochenschr.* Nr. 51, 1883). *Dr. Schaitter.*

Adamiuk: **Wymok jequirity przeciw łuszczce i jaglicy.** Autor doświadczał leczenia łuszczki i jaglicy wymokiem jequirity u różnych chorych i znalazł, że bardzo gruba łuszczka wyjaśnia się, cieńsza znika nawet zupełnie, że jednakże środek ten pozostaje bez wpływu na jaglicę. Adamiuk sądzi, że jequirity jest w każdym razie środkiem wolniejszym od niebezpieczeństwa i schludniejszym od wydzieliny rzeżączkowéj. Prof. Sorokin znalazł w wymoku mnóstwo utworów drobnowidowych, które wytłumaczyć mogą poniekąd działanie jequirity. (Według *Centralbl. f. pract. Augenheilk.* Listopad 1883). *Rydel.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo Lekarskie galicyjskie.

Posiedzenie zwyczajne Sekcyi lwowskiéj z dnia 24 listopada 1883.

Przewodniczący kol. Krówczyński. Obecnych członków 19 i gość prof. Dr. Mikulicz.

1) Odczytano protokół z ostatniego posiedzenia i przyjęto.

2) Odczytano zawiadomienie Magistratu m. Lwowa, że c. k. Sąd krajowy dla spraw karnych zasądził Annę Markel za wspólnictwo w zbrodni usiłowanego spędzenia płodu, w skutek czego utraciła dyplom do wykonywania akuszeryi.

3) Kol. Ziembicki (syn) przedstawił 2 chorych. U jednego wykonał na podudziu prawém amputacyję metodą francuską za pomocą płatu zewnętrznego. Drugi chory był przed 2wu miesiącami operowany z powodu kamienia w pęcherzu moczowym. Wykonał cięcie górne i założył kateter metalowy stały. Po 12 dniach powstała gorączka 40°C. Około rany nie było żadnéj zmiany, lecz obrzęk na międzykroczu i około jądra prawego. Rozpoznano nacieczenie powstałe skutkiem odleżyny przez kateter. Liczne nacięcia obniżyły gorączkę, a obecnie przedstawia chory małą rankę nad spojeniem łonowém. Rozprawę nad tymi chorymi odłożono na następne posiedzenie.

4) Kol. Pawlikowski mówił o wystawie higijenicznéj w Berlinie. Szczegółowo opowiedział wszystkie sposoby hodowania grzybków przez Dra Kocha; opisał środki dezinfekcyjne i zwrócił uwagę na aparat desinfekcyjny pomysłu Merka, jaki firma Schimmel wystawiła, przedstawił jego znaczenie i wartość desinfekcyjną dla szpitali i miast. Opisał wodociągi Wrocławia i Berlina. Następnie mówił o kanalizacyi. Opisał system pneumatyczny Liernura, system kanałów spławnych połączony ze zraszaniem pól, opisał obecny system kanalizacyi Berlina i system beczkowy jako wzór założony w Heidelbergu. W końcu opisał szkołę samarytów Esmarcha i okazał tablicę jego z ilustracyjami.

W dyskusyi zabierali głos radca Biesiadecki, koll. Żuliński, Czyżewicz i prelegent.

Na tém posiedzenie zakończono.

Dr. Pawlikowski.

V. Z wystawy higijenicznéj w Berlinie.

Berlin 1 Października 1883.

(Dokończenie. Patrz Nr. 51).

Dział piąty, obejmujący grupy od 25 do 29 włącznie, poświęcono higijenie przemysłowéj, rękodzielniczéj i środkom komunikacyjnym. Mieści on w sobie tyle i tak pięknych przedmiotów, iż zasługiwałby na odrębne omówienie, a to tém bardziéj, że jak już na początku nadmieniłem, jeżeli w którym to w tym dziale zrobiono w ostatnich latach znaczne postępy. Wszelkie udoskonalenia w niém mają znaczenie nietylko pod względem zdrowia ale także i dla rozwiązania kwestyi socyjalnéj klas roboczych. Dział ten wykazuje, jak wiele już zdziałano dzięki usiłowaniom rządów i osób prywatnych w celu poprawy losu robotników. Świadczą o tém różne plany i modele fabryk, rysunki i modele urządzeń, mających na celu ochronę robotników od zbytniego gorąca, od szkodliwego pyłu, gazów, par i istot szkodliwych. Plany i mo-

dele mieszkań dla robotników, opisy i statuty różnych robotniczych stowarzyszeń zapomogowych, na wzajemności opartych, szpitali, szkół itd. stanowią dowody, iż starania rozciągnięto nietylko co do zdrowia robotników ale i co do materyjalnéj poprawy ich losu. Na tém ostatniém polu odznaczają się wystawy znanych firm Borsiga i Kruppa, oraz wystawa pruskiego Ministerstwa handlu. Co do urządzeń mających na celu zapobieżenie szkodliwym wpływom dla zdrowia robotników po fabrykach, to znajdują się liczne okazy sposobów zapobieżenia wybuchom przy kotłach parowych, ochronne okulary dla robotników zmuszonych pracować przy silnym ogniu lub w atmosferze pylnéj, wentylatory do przewietrzania fabryk, w których pracownie z natury rzeczy muszą być pyłem i szkodliwemi gazami przepełnione, środki ochronne celem zapobieżenia wybuchom przy wyrobie, przechowywaniu i przewozie środków wybuchających itd. Nader stosunkowo częste nieostrożne obchodzenie się z machinami daje powód do różnych przypadków i temu zapobiedz mające środki ochronne znajdują się na wystawie, jak: przyrządy do smarowania machin w ruchu będących, zarzucacze rzemieni, zasłony pił kołowych itd. Na przyrządy tego rodzaju nigdy spuszczać się nie należy, bo jedynie tylko nader rozważne obchodzenie się z machinami jest w stanie zapobiedz przypadkom. Z powodu obfitości tego działu poprzestać muszę na tém ogólném wskazaniu, jak różnorodne i pełne znaczenia dla higijeny stanu robotniczego znajdujemy tu przedmioty.

Przedmiotom dotyczącym górnictwa i hutnictwa poświęcono następną grupę dwudziestą szóstą. Kopalnie i huty są może najważniejszemi podwalinami kwitnącego stanu ekonomicznego w Cesarstwie niemieckiém, nic więc dziwnego, że dział ten jest obfity. Piecza nad górnikami i robotnikami zatrudnionymi w hutach dotyczyć winna z jednéj strony ochrony od niebezpieczeństw wynikających z natury tych zajęć, a z drugiéj strony starań o poprawę losu robotników. W jednym i drugim kierunku okazują znaczny postęp wystawy różnych urzędów górniczych, mianowicie ciekawemi są różne przyrządy zmierzające do zapobieżenia przypadkom przy spuszczaniu i wyciąganiu robotników windami, liczny zastęp lamp bezpieczeństwa tak urządzonych, aby ich sami robotnicy otwierać nie mogli, środki rozsadzające, nieprzedstawiające niebezpieczeństwa dla ludzi w pobliżu się znajdujących, przyrządy do wentylowania kopalń i wiele innych rzeczy. Trudno rozłączyć się z tym działem tyle ciekawych rzeczy mieszczącym nie uczyniwszy wzmianki o wystawie król. saskiéj Akademii leśnéj w Tharand; obejmuje ona między innemi przedmiotami tablice dotyczące szkód zrządzonych w wegetacyi przez dym z hut i okazy przekrojów drzew, okazujące o ile powolniéj drzewo rośnie, gdy wystawione jest na szkodliwy wpływ dymu z hut.

Higijenie gospodarstwa rolnego i leśnego poświęcono nieliczną grupę dwudziestą siódmą a dwie następne (28 i 29) zamykające dział piąty, środkom komunikacyjnym, lądowym i wodnym. Całe szeregi wagonów kolejowych przedstawiają z jednéj strony jak najwygodniejsze wewnętrzne urządzenie a z drugiéj strony przyrządy do łączenia wagonów i hamulce, aby w najkrótszym przeciągu czasu można pociąg zatrzymać. Lekarz o dobroci tych ostatnich sądzić nie może, rzecz to więcéj techniczna.

Dział szósty poświęcony wyłącznie ratownictwu i ochronie od ognia (grupa trzydziesta), od piorunu (31 grupa), od wybuchów (32 grupa) i wylewu wód (33 grupa), oraz zabezpieczeniu się w odpowiednich Towarzystwach od różnego rodzaju przypadków (grupa ostatnia 35) mniéj obchodzi lekarza.

Oto pobieżny przegląd wystawy, mogliśmy w nim dotknąć tylko najważniejszych rzeczy, przedstawić nagromadzony materyjał, zapuszczaniu się w szczegóły stanęła na przeszkodzie okoliczność, że z opisu przyrządów trudno sobie zrobić wyobrażenie; jest to możliwém, gdy opisowi przychodzi w pomoc rysunek lub szkic przynajmniéj.

Każdemu, kto przebiegł wystawę, nasuwa się pytanie, czy wystawa taka przynosi korzyść? Czas okaże jak wielką, ale dziś już powiedzieć można, że jeżeli korzystném jest, aby ogół nauką higijeny zainteresować i jeżeli urządzający wystawę uważali to za jeden z celów wystawy, to cel ten został dopięty, wystawa niezawodnie przyczyni się do lepszego wyobrażenia o higijenie śród ogółu ludności, który zwiedzając wystawę nieraz zwraca uwagę na szkodliwości, których znaczenia dotąd nie znał, a to bezwątpienia przyczyni się do rozwoju zdrowych co do zdrowia zapatrywań.

Dr. Grabowski.

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

(γ) Liczba leczonych we francuskich szpitalach w roku 1882 wynosi 422,932; z liczby téj w ciągu roku wypuszczono 376,526, tylko 46,496 chorych pozostawało w szpitalach rok cały, to jest od 1 stycznia do 31 grudnia. Na prowincyi liczba przyjmowanych do szpitali wynosi prawie 90 na 10,000 mieszkańców, w Paryżu zaś aż 400 na 10,000 mieszkańców. Średnio pobyt chorego w szpitalu dochodzi w Paryżu 29 dni, na prowincyi 35 $^1/_2$ dni, chociaż średnio pobyt w ogóle we Francyi w szpitalu wypada dla mężczyzn dni 31, dla kobiet 40 dni, dla dzieci 48 dni. Ogólny wynik leczenia jest następujący: 78% wyleczono, 9% umarło, przeto wyleczeń było dziewięć razy więcéj niż śmierci.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 9—15 grudnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 25,5. Z ospy umarło 3 (2 z. t.); z odry 1 (2 z. t.); z płonicy 3 (0 z. t.); z błonicy 3 (0 z. t.); z krztuśca 1 (1 z. t.); z duru brzusznego 1 (2 z. t.); z kiły 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 3 przypadkach ospy, 2 odry, 10 płonicy, 1 błonicy, 1 duru brzusznego. W Londynie umarło od 9—15 grudnia 7 z ospy. Leczyło się w szpitalach 96, świeżo zapadło 29. W Wiedniu, Paryżu, Granadzie, Lizbonie i Baltimore umarło po 1, w Budapeszcie, Liverpolu, Birminghamie, Petersburgu po 2, w Brukseli 3, w Madrasie 6, w Murcyi 9, w Nowym Orleanie 10, w Pradze 33, w Rio de Janeiro 37. Odra rozszerzyła się w Wiedniu, Amsterdamie i Londynie. Płonica zabiera wiele ofiar w Amsterdamie. Z duru osutkowego umarło w Saragosie 1, w Londynie i Walencyi po 2, w Madrycie 4. Z cholery umarło w Aleksandryi od 2—8 grudnia 3, w Rio de Janeiro od 16—31 października 2.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 2—8 grudnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 25,5; we Lwowie 32,9; w Warszawie 29,4; w Poznaniu 26,0; w Wiedniu 24,5; w Budapeszcie 22,6; w Pradze 30,5; w Berlinie 25,2; w Hamburgu 23,5; w Gdańsku 26,8; w Mnichowie 27,3; w Dreźnie 26,5; w Lipsku 24,0; w Bazylei 17,5; w Brukseli 22,5; w Amsterdamie 37,0; w Hadze 18,6; w Paryżu 23,8; w Londynie 21,5; w Kopenhadze 20,4; w Stokholmie 22,4; w Chrystyjanii 16,2; w Petersburgu 23,9; w Odesie 32,7; w Rzymie 22,8; w Wenecyi 21,2; w Bukareszcie 30,2; w Madrycie 28,4; w Lizbonie 31,0; w Aleksandryi 40,2; w Filadelfii 21,5; w Bombayu 21,9.

J. B.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 27 grudnia. Posiedzenie administracyjne Towarzystwa lek. krak. zamiast d. 2 stycznia odbędzie się we środę d. 9 stycznia, a to z powodu, że do d. 2go nie po-

dobna wykończyć rachunków, które na tém posiedzeniu niektórzy urzędnicy Towarzystwa przedłożyć są obowiązani.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wieden.** Potwierdzeni zostali przez p. Ministra Oświecenia jako docenci prywatni Drowie Ludwik Langer i Aloizy Biach (dla patologii wewnętrznéj), Karol Breus (dla położnictwa), Antoni Felsenreich (dla położnictwa i ginekologii), Maksymilijan Zeissl i Ernest Finger (dla chorób skórnych i syfilidologii), i prymaryjusz Izydor Hein (dla propaideutyki klinicznéj). Wydział lekarski przyznał następnie *veniam legendi* z balneoterapii Drowi Abelesowi i z okulistyki Drowi Kleinowi; wreszcie przedłożyli prośby o dopuszczenie do habilitacyi Drowie Herz (z pedyjatryi) i Schiff (z dermatologii). Rektorem uniwersytetu wiedeńskiego wybrany został ponownie prof. Wedl, a po jego ponownêm zrzeczeniu się, prof. fizyki Lang.

* **Odznaczenie.** Prof. Lister w Londynie otrzymał godność baroneta.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. n. lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Jan Maryjan Włodz. Łukasiewicz, rodem z Hołoszyniec, Bronisław Chwistek z Witkówki i Kazimierz Jurkiewicz z Krosna w Galicyi.

* **Nekrologija.** D. 21 bm. umarł w Berlinie po krótkiéj chorobie Dr. Bogusław Reichert, kwieskowany przed kilku tygodniami profesor anatomii opisowéj, licząc lat 72. Powołany on został do Berlina w r. 1859 jako następca Jana Müllera na katedrę anatomii. Zasługi jego są znane, ale odnoszą one się do czasu pobytu we Wrocławiu; od chwili przejścia na katedrę berlińską już nie odznaczył się żadną pracą ważniejszą.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 51: Rzeczniowskiego: Rzadki przypadek padaczki połowicznéj klinicznie samoistnéj; Sokołowskiego: Jeszcze raz w kwestyi zaraźliwości, zapobiegania i leczenia suchot płucnych. — *Medycyny* Nr. 51 nie doszedł nas jeszcze.

Redakcyja otrzymała:

HIRSCH i WERNICH: Biographisches Lexicon 3 i 4 Sieferung.

Piśmiennictwo lekarskie. OBERSTEINER H. Der chronische Morphinismus. gr. 8. Wien. Urban et Schwarzenberg. M. 75.

PATZELT Vict. Ueb d. Entwickelung d. Dickdarmschleimhaut. Mit 3 Taf. Lex.-8. Wien, Gerolds Sohn. M. 2.40.

PETIT A. De la conception au cours de l'aménorrhée. 8 Paris, Delahaye et L. Fr. $2^1/_2$.

QUINQUAND. De 15 scrofule dans ses rapports avec la phthisie pulmonaire. 8. Paris, Delahaye et L. Fr. $3^1/_2$.

Na fundusz portretu ś. p. prof. Kozubowskiego nadesłał Dr. Sadkowski z Bogusławia (gub. Kijowska) 10 Rs.

Do numeru dzisiejszego dołącza się tytuł i spis rzeczy zawartych w całym roczniku.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

do l. 1087 pp.

Odezwa!

Aby już podczas pokoju zabezpieczyć na wypadek wojny dla chorych i rannych żołnierzy potrzebną pomoc lekarską, udajemy się z prośbą do Panów Lekarzy, aby jak najliczniéj ofiarować nam zechcieli cenną swą pomoc, któréj w danym razie zapotrzebujemy częścią dla szpitala naszego, częścią dla szpitali rezerwowych, dla transportów rannych lub na polu bitwy (w szpitalach polnych).

Odnośne deklaracyje własnoręcznie podpisane wnieść prosimy do naszego Stowarzyszenia na ręce Dra Alfr. Biesiadeckiego i określić takowe następująco:

1) Imię i nazwisko, godność, miejsce zamieszkania.

2) Miejsce, w którém pomoc będzie ofiarowaną a w danym razie, czy przy szpitalu Stowarzyszenia we Lwowie, czy przy transporcie rannych lub na polu bitwy.

3) Czas, tj. czy na rok lub więcéj, lub na czas wojny.

4) Pod jakiemi warunkami, czy za wynagrodzeniem i jak wysokiém.

5) Dowód ukończonéj służby wojskowéj.

Odnośne deklaracyje upraszamy nam nadesłać przed upływem roku 1883.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla